NEUROLOGJA POLSKA

TOM I. 1910.

ZESZYT I. Lipiec—Sierpień.

DWUMIESIĘCZNIK POŚWIĘCONY

NEUROPATOLOGJI, PSYCHJATRJI I PSYCHOLOGJI EKSPERYMENTALNEJ

WYDAWANY PRZY WSPÓŁUDZIALE

D-ra J. BABINSKIEGO (Paryż), D-ra F. CHŁAPOWSKIEGO (Poznań), prof. H. HALBANA (Lwów), prof. W. HEINRICHA (Kraków), prof. J. PILTZA (Kraków), prof. K. TWARDOWSKIEGO (Lwów)

przez następujący komitet redakcyjny:

REDAKTOR i WYDAWCA:

Dr. LUDWIK DYDYŃSKI.

CZCIONKAMI TŁOCZNI L. BILIŃSKIEGO I W. MAŚLANKIEWICZA, WARSZAWA, NOWOGRODZKA 17.

1910.

NEUROLOGJA ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ POLSKA

TOM I. ZESZYT I. LIPIEC—SIERPIEŃ. 1910.

OD REDAKCJI.

Neurologja, pojmowana w najobszerniejszem znaczeniu tego wyrazu, obejmująca zatem naukę o wszelkich fizjologicznych i patologicznych przejawach czynności układu nerwowego, rozwinęła się w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat w osobną potężną gałęź wiedzy lekarskiej, która dla licznego szeregu badaczy stała się ulubionem polem poszukiwań naukowych. Dość jest przyjrzeć się choć pobieżnie piśmiennictwu lekarskiemu wszystkich krajów, ażeby dostrzedz tę uderzającą przewagę, jaką posiadają w niem prace neurologiczne. Ramy pism ogólno-lekarskich okazują się dla prac tych zbyt szczupłemi i wszędzie, gdzie nauka postępuje szybszym krokiem, tworzą dla nich specjalne czasopisma, często wyłącznie tylko poświęcone pewnym odłamom wiedzy neurologicznej.

W ostatnim czasie i u nas neurologja staje się coraz więcej tym magnesem, który przyciąga ku sobie coraz liczniejszy zastęp badaczy, o czem świadczyć może znaczna liczba prac w naszych ogólno-lekarskich pismach zamieszczanych. Prace te jednak, jako zbytnio rozproszone, z jednej strony nie dają dokładnego obrazu rozwoju tej gałęzi wiedzy u nas, z drugiej zaś dla pracowników na tem polu rozproszenie takie utrudnia niewątpliwie korzystanie

z swojskiego materyału neurologicznego. To też względy powyższe skłoniły pierwszy Zjazd neurologów, psychjatrów i psychologów polskich, odbyty w Październiku r. 1909, do powzięcia uchwały założenia u nas specjalnego pisma poświęconego neurologji, psychjatrji i psychologji doświadczalnej. Uchwała ta obecnie urzeczywistnioną zostaje dzięki sekcji neurologicznej Warszaws. Towarz. Lekarsk., która wybrała z łona swego Komitet redakcyjny i jemu wspólnie z dwoma przedstawicielami Towarzystwa Psychologicznego w Warszawie prowadzenie pisma powierzyła. Wybrany Komitet redakcyjny dążyć będzie wszelkiemi siłami ku temu, ażeby ten nowy organ zespolił wszystkie siły naukowe, dążące do rozwoju neurologji u nas, i był należytym i stałym wskaźnikiem postępów jej w Polsce. Zakreślono w tym celu dla pisma program bardzo obszerny tak, ażeby czytelnik miał dokładne sprawozdanie o wszystkiem, co w dziedzinie neurologji, psychjatrji i psychologji doświadczalnej zdziałano w Polsce, i ażeby jednocześnie był możliwie dokładnie poinformowany o ruchu naukowym w tych dziedzinach zagranicą.

Ta okoliczność, iż odezwa Komitetu redakcyjnego z prośbą o materjalne i moralne poparcie nowego pisma znalazła u nas gorący oddźwięk, dowodzi z jednej strony, iż pismo to odpowiada rzeczywistej potrzebie chwili, z drugiej zaś daje nadzieję trwałej jego egzystencji na pożytek nauki polskiej.

O zmniejszaniu ciśnienia wewnątrzczaszkowego za pomocą kraniektomji

podał

PROF. DR. J. BABIŃSKI Z PARYŻA.

Wiadomo, że w większości przypadków nowotworów wewnątrzczaszkowych rozporządzamy jedynym środkiem leczniczym a mianowicie kraniektomją, i że zabieg ten dał już w wielu razach wyniki dodatnie. Jednakże zebrane dotychczas spostrzeżenia wskazują, że wyleczenie zupełne rzadko osiągnąć się tą drogą udaje, co zresztą jest zrozumiałe wobec całego szeregu warunków niezbędnych do osiągnięcia powrotu do stanu normalnego. Potrzeba więc, by nowotwór był właściwie rozpoznany i ściśle umiejscowiony, dalej, by nowotwór ten był z rzędu dobrotliwych, znajdował się w miejscu dostępnem, by wyłuszczenie jego nie pociągało za sobą poważnych zaburzeń czynnościowych, by nie spowodowało ono wreszcie wstrząsu śmiertelnego, którego nawet najzręczniejszy chirurg nie zawsze uniknąć może. Tak częste na tem polu niepowodzenia wybitnych neurologów i doświadczonych chirurgów wyjaśniają zupełnie uprzedzenie do podobnych zabiegów ze strony lekarzy praktyków, nieobeznanych dokładnie z subtelnościami neurologji i chirurgji czaszkowej.

O ile jednak otwarcie czaszki w celu odnalezienia nowotworu jest zabiegiem niepewnym i często niebezpiecznym, jeżeli usiłujemy nowotwór wyłuszczyć, o tyle zabieg ten staje się zwykle skutecznym i stosunkowo mało niebezpiecznym, jeżeli ograniczamy się jedynie do zmniejszenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Samo zmniejszenie ciśnienia zwykle łagodzi, nieraz zupełnie usuwa bóle głowy, wymioty i zaburzenia psychiczne; zastosowane we właściwym czasie, zabezpiecza ono od ślepoty, wstrzymując rozwój brodawki zastoinowej.

Nawet w przypadkach nowotworów, rosnących nieustannie,

niechybnie śmiertelnych, zabieg ten okazuje się pożytecznym i łagodzi on cierpienia ostatniego okresu życia, przedłuża wreszcie to życie o miesiące, rok — czasem nawet więcej.

Wyniki zabiegu są znacznie wydajniejsze, gdy chodzi o nowotwór, który w rozwoju swoim wstrzymać się może, zanim wystąpią zniszczenia bezpowrotne, np. ślepota; oczywista w tych razach jest wartość środka, mogącego usunąć zastoinę brodawki nerwu wzrokowego i zapobiedz rozwojowi zaburzeń wzrokowych. Stosuje się to tem więcej do t. zw. guzów mózgowych rzekomych, w których obrzęk tarczy, doprowadziwszy do zupełnej utraty wzroku, może się zmniejszyć a nawet zniknąć; zmniejszenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego staje się wówczas zabiegiem wprost leczniczym. Fakty te ustalone zostały przedewszystkiem dzięki znakomitym pracom Horsley'a i w szeregu własnych spostrzeżeń przekonałem się o ich ścisłości; tymczasem wśród szerokiego ogółu lekarskiego wiadomość o nich dostatecznie rozpowszechniona nie jest.

By uniknąć nieporozumienia zaznaczę przedewszystkiem, że niekiedy, bez względu na niebezpieczeństwo zabiegu, wskazana jest najwyraźniej po otwarciu czaszki właśnie próba usunięcia nowotworu. Zabieg ten, o ile go wykonać można, daje wyniki, które z wynikami zwykłego zmniejszenia ciśnienia porównać trudno. Daleki jestem od systematycznego odrzucania tego zabiegu, utrzymuję jedynie, że otwarcie czaszki w celu zmniejszenia ciśnienia, jako łatwiejsze do wykonania, rzadko śmiertelne, dające najczęściej dobre wyniki paljatywne, niekiedy nawet lecznicze ma pole do zastosowania znacznie obszerniejsze. Skutecznym jednak ten zabieg może być o tyle, o ile będzie wykonywany we właściwym czasie, tymczasem najczęściej sprawa interwency chirurgicznej bywa podnoszona zbyt późno. Zwykły przebieg rzeczy bywa następujący: w pierwszym okresie cierpienia u chorego ze skargami na ciężar i ból w głowie, na osłabienie ogólne, rozpoznaje się neurastenję, histerję lub niestrawność; objawy wzmagają się, i w tym drugim okresie, gdy poważny charakter cierpienia nie ulega wątpliwości, rozpoznanie jednak pozostaje błędnem, zaburzenia chorobowe bywają przypisywane zwapnieniu tętnic lub porażeniu postępującemu. Pewnego dnia wreszcie uwydatnia się osłabienie wzroku — badanie wziernikowe stwierdza istnienie brodawki zastoinowej i wówczas dopiero

rozpoznanie przesuwa się na tory właściwe. Poddaje się w tym razie chorego leczeniu rtęcią pod różnemi postaciami i stosuje to leczenie tem gorliwiej, że nieraz, jak to bywa zresztą nawet w przypadkach nowotworu nie syfilitycznego, stan chorego pozornie poprawia się nieco. W końcu jednak ustala się przekonanie, że wysiłki lecznicze były bezowocne — powstaje myśl o zabiegu chirurgicznym, lecz wzrok chorego osłabł znacznie i korzyści z operacyi już są wielce ograniczone.

Często bywałem świadkiem podobnych zdarzeń i musiałem żałować za błędy i zwlekania kolegów zbyt bojaźliwych lub nieniedostatecznie obeznanych z tą dziedziną.

Lecz z drugiej strony nie należy również wpadać w inną ostateczność i przystępować do kraniektomji zaraz po rozpoznaniu nowotworu wewnątrzczaszkowego i stwierdzeniu brodawki zastoinowej. Trudno w samej rzeczy zaprzeczyć, że leczenie rtęciowe może usunąć nowotwory syfilityczne. Należy również mieć na względzie, że przekłucie lędźwiowe wywiera w niektórych przypadkach wpływ dodatni na zastoinę w brodawkach nerwu wzrokowego; podobne spostrzeżenia podawali Druault, Dupuy — Dutemps, de Lapersonne i Abadie. Ja sam opisałem z Chaillous przypadki tego rodzaju, szczególniej przekonywające; chorzy z podstawowymi objawami nowotworu mózgowego (silne bóle głowy, wymioty, brodawka zastoinowa) byli zupełnie wyleczeni dzięki jedno lub parokrotnemu przekłuciu lędźwiowemu w połączeniu z leczeniem rtęciowem. Przy tej sposobności chciałbym zaznaczyć, że poglądy na niebezpieczeństwo przekłucia lędźwiowego w nowotworach mózgowych wydają mi się znacznie przesadzonemi. Wprawdzie opisano kilka przypadków z zejściem śmiertelnem, ale są to wyjątki wobec wielkiej liczby przypadków obrzęku mózgowego, w których przekłucie lędźwiowe było zastosowane; być może wreszcie, że niekiedy był to tylko przypadkowy zbieg okoliczności, ponieważ u chorych omawianych, zwłaszcza gdy nowotwór znajduje się w sąsiedztwie opuszki, nagłe zejście śmiertelne nie należy do rzadkości. Co do mnie nie miałem nigdy podobnych wypadków; być może dla tego, że mam zwyczaj w takich razach układać chorego do przekłucia poziomo, wypuszczam płyn bardzo powoli z przerwami i na raz jedynie niewielką ilość.

W całej tej sprawie są dwa szkopuły do ominięcia: strzedz

się należy i zbyt pośpiesznego operowania i zbyt długiego zwlekania. W miarę możności należy uczynić zadość dwum następującym warunkom: nie przystępować do otwarcia czaszki, zanim się nie przekonamy o niedostateczności prostych sposobów leczenia, z drugiej jednak strony wykonać zabieg w tym właśnie okresie czasu, gdy przynieść on może najwięcej korzyści choremu, t. j. gdy siła wzroku nie jest jeszcze naruszona, lub nieznacznie tylko upośledzona. Zadanie to nie byłoby tak trudne do rozwiązania, gdyby ogół lekarzy znał jego doniosłość, dziś jednak rzecz się ma inaczej.

Wspomniałem już, że zaburzenia wzroku poprzedza najczęściej okres, nieraz bardzo długi, zaburzeń li tylko podmiotowych, jak bóle głowy i osłabienie sprawności umysłowej, zaburzeń przypisywanych neurastenji.

Jest to błąd bardzo rozpowszechniony, nie mniej jak np. uważanie za zwykłych neurasteników chorych na wzmożenie ciśnienia tętniczego lub na rozlane zapalenie opon i mózgu. Otóż w tym pierwszym okresie cierpienia mamy dość czasu do wypróbowania leczenia podwójnego rtęcią i jodem. Jeżeli po leczeniu tem stwierdzimy jednak wystąpienie brodawki zastoinowej, wiemy wówczas, że leki omawiane są nieskuteczne, lub że same przez się nie mogą one usunąć sprawy chorobowej.

Kiedy zjawiły się już pierwsze objawy obrzęku brodawki nerwu wzrokowego, położenie ze względu na stan wzroku nie jest jeszcze zatrważające. W samej rzeczy brodawka zastoinowa przez zmiany obrazu wziernikowego jakby zapowiada upośledzenie siły wzroku na wiele tygodni a nawet miesięcy naprzód. Wówczas wskazane jest wykonanie jednego lub kilku przekłuć lędźwiowych. Niebezpieczeństwo tego zabiegu, jak już wspomniałem, wydaje mi się bardzo przesadzonem, jakkolwiek go nie zaprzeczam, w każdym bądź razie niebezpieczeństwo to jest mniejsze, niż przy otwarciu czaszki. Jeżeli wyniki leczenia rtęcią i jodem nie są jeszcze wtedy dostatecznie wyświetlone, to w omawianym okresie cierpienia nie ma przeszkód do dalszego stosowania tych środków; ich więc skuteczność może być oceniona zanim wzrok ulegnie widocznemu osłabieniu. Jeżeli jednak leczenie to nie dało wyników dodatnich, tem bardziej, jeżeli do brodawki zastoinowej przyłączyły się inne poważne zaburzenia (silne bóle głowy, częste wymioty, zamroczenie świadomości), wówczas zabieg chirurgiczny jest wskazany niezwłocznie.

Przypuśćmy teraz, że obraz wziernikowy nie uległ zmianie, lecz że siła wzroku pozostała normalną, a zaburzenia podmiotowe zmniejszyły się. W tych warunkach można ostatecznie odłożyć operację z tem zastrzeżeniem, że później siłę wzroku należy sprawdzać często i w razie, gdyby się zaczęła obniżać, z zabiegiem nie zwlekać.

Trzymając się powyższych zasad rozwiązujemy postawione zagadnienie: otwarcie czaszki powinno być zastosowane tylko w razie konieczności i w takich warunkach, które dać mogą najkorzystniejsze tego zabiegu wyniki.

Na nieszczęście, z powodów, które powyżej wyłuszczyłem w początkach cierpienia bywają często popełniane omyłki lub zaniedbania. Przypuśćmy więc, co zdarza się bynajmniej nie rzadko, że mamy przed sobą chorego ze znacznem upośledzeniem wzroku np. o połowę, chorego nie leczonego rtęcią i jodem, wreszcie nie badanego za pomocą przekłucia lędźwiowego. Zwykle ma się w tych razach do czynienia z osobnikiem, który utrzymuje, że nie przechodził syfilisu i który istotnie widocznych śladów tego zakażenia nie przedstawia. Co robić w podobnym wypadku? Przedewszystkiem zrobić przekłucie lędźwiowe i otrzymany płyn zbadać na odczyn Wassermana. Jeżeli wynik badania okaże się dodatni, leczenie swoiste jest wskazane, lecz przy tem należy mieć się na baczności i, gdy osłabienie siły wzroku wzrasta, zwłaszcza szybko, nie można wahać się z propozycją kraniektomji nawet przed upływem terminu potrzebnego do wypróbowania innych środków leczniczych. Pamiętać bowiem należy, że brodawka zastoinowa niezawsze rozwija się wolno, że może ona w przeciągu kilku tygodni sprowadzić utratę wzroku oraz, że w takim przeciągu czasu nawet silne leczenie swoiste nie zawsze zatrzymuje rozwój brodawki zastoinowej choćby zależnej od nowotworu syfilitycznego.

Przypuśćmy wreszcie, że mamy do czynienia z chorym w podobnych warunkach, jak wyżej, lecz z bardzo silnem upośledzeniem wzroku. Zważywszy, że wszelkie zwlekanie w tych razach naraża na utratę wzroku zupełną i zważywszy również, że w obrzęku mózgu wogóle zniknięcie brodawki zastoinowej pod wpływem wyżej wymienionych środków leczniczych należy do wyjątków, po kraniektomji natomiast jest ona prawidłem, — przystąpić należy niezwłocznie do tej kraniektomji.

Po zdecydowaniu operacji pozostaje wybrać miejsce, gdzie ją wykonać. Jeżeli rozpoznanie nowotworu jest pewne i umiejscowienie jego dokładne, najwłaściwiej będzie operować w przypuszczalnym obrębie nowotworu, zwłaszcza jeżeli sądzimy, że nowotwór jest powierzchowny, było by bowiem niesłusznem z góry wyrzekać się myśli o usunięciu guza. Jeżeli nie jesteśmy w stanie określić miejsca nowotworu, a tembardziej, jeżeli nie jesteśmy pewni, czy to właśnie nowotwór jest przyczyną obrzęku mózgu, czaszkę otwierać należy w prawej okolicy skroniowej, o ile nie mamy do czynienia z mańkutem (Cushing). Operacja, dokonana w innem miejscu, ma następujące złe strony: przepuklina mózgowa, która się zwykle tworzy po przecięciu opony opony twardej, w okolicy czołowej jest przykrem zniekształceniem, w okolicy brózdy Rolanda pociąga za sobą często porażenie połowicze, w okolicy zaś potylicowej powoduje hemianopsję. Okolica móżdżkowa wydaje się na pozór bardzo wygodną do operacyi, gdyż zaburzenia z powodu przepukliny w tem miejscu są stosunkowo nieznaczne i przemijające, lecz operowanie w jamie móżdżkowej jest bardzo uciążliwe. Operacja w okolicy skroniowej jest łatwa do wykonania, jest dobrze znoszona, przytem otwór w czaszce daje się zasłonić przez mięsień skroniowy.

Pomijając szczegóły techniki operacyjnej zaznaczę jedynie, że lekarze, doświadczeni w chirurgii mózgowej, aczkolwiek nie wszyscy używają jednakowych narzędzi, zgodni są jednak co do tego, że należy unikać dłuta i młotka.

Otwarcie czaszki w celu usunięcia guza bywa zwykle dokonywane w dwuch zabiegach z przerwą kilkunastodniową. Za pierwszym razem otwiera się jedynie czaszkę, nie tykając opon mózgowych, za drugim razem przecina się oponę twardą i poszukuje nowotworu.

Czy otwarcie czaszki, mające na celu jedynie zmniejszenie ciśnienia, powinno być również wykonywane w dwóch zabiegach? Na to pytanie odpowiem w następujący sposób. Zwykłe wycięcie części sklepienia czaszkowego, zwłaszcza na dużej przestrzeni, może wystarczyć do usunięcia brodawki zastoinowej i innych zaburzeń, wywołanych przez obrzęk mózgu.

Ogłaszano już takie spostrzeżenia i sam widywałem podobne przypadki.

Otóż przykre następstwa otwarcia czaszki bywają niezaprzeczenie mniejsze, jeżeli opona twarda pozostaje nietkniętą, słusznem więc jest ograniczyć się do pierwszej części operacyi, o ile brodawka zastoinowa znika w przeciągu 10 do 15 dni. W przeciwnym razie na drugiem posiedzeniu przystępujemy do przecięcia opony twardej, poczem występuje większa lub mniejsza przepuklina mózgowa, która przybiera czasem ogromne rozmiary. Nie można zresztą uważać tej przepukliny za powikłanie pooperacyjne, gdyż grożące z powodu obrzęku mózgu niebezpieczeństwo bywa dzięki niej po części zażegnane.

Wogóle usługi, które oddać może otwarcie czaszki wykonane w celu usunięcia ucisku, są znacznie większe, aniżeli niebezpieczeństwo, na które ten zabieg naraża. Wielkiej jest doniosłości poznać wskazania do tego zabiegu i postawić się w możności wykonania go we właściwym czasie, ażeby osiągnąć zeń wszystkie możliwe korzyści. Wiadomości te ze względu na ich znaczenie praktyczne powinny być rozpowszechnione pośród wszystkich lekarzy.

Z ambulatorjum kliniki chorób nerwowych i umysłowych Uniwersytetu Jagiellońskiego pod kierownictwem Prof. D-ra J. Piltza.

PRZYPADEK OBUSTRONNEGO PORAŻENIA NERWU ODWODZĄCEGO OKA PO ZNIECZULENIU LĘDŹWIOWEM TROPOKOKAINĄ

podała

J. JELEŃSKA-MACIESZYNA.

Porażenie nerwu odwodzącego oka, jako następstwo znieczulenia lędźwiowego jest faktem ogólnie dziś znanym. Około 40 przypadków analogicznych znajdujemy w piśmiennictwie *).— Środkami używanemi do znieczuleń były przeważnie stowaina i nowokaina oraz w ostatnich czasach tropokokaina, którą w wielu klinikach stosować zaczęto w przeświadczeniu, iż jest ona o wiele mniej trującym przetworem kokainy.

Za tym poglądem, opartym przedewszystkiem na doświadczeniu klinicznem (Thorbecke, Strauss i inni), przemawiać się zdawały i wyniki badań doświadczalnych na zwierzętach (H. Klose i H. Vogt), które wykazały, że tropokokaina jest wydalana z ustroju najszybciej (tropakokaina po 20-tu, nowokaina po 40-tu godzinach, stowaina zaś dopiero po upływie dwóch dni) oraz badania histologiczne, wykonane przez Wossidlo, który spostrzegał, że zmiany komórek rdzeniowych po znieczuleniach tropokokainą znikały wcześniej, aniżeli analogiczne zmiany, wywołane stowainą, alypiną lub nowokainą.

Znaną jest jednak rzeczą, że i tropokokaina pomimo mniejszej jadowitości powodować może cały szereg objawów ubocznych, następczych. Zapaść, porażenia poprzeczne były niejednokrotnie spostrzegane (Meyer, Goldschwend), a i porażenia

*) Feilchenfeld, Mühsam, Loeser, Adam Parhon i Goldstein, Lang, Landow, Henking, Hauber, Gontermann, Roeder, Heymann, Ricchi, Oelsner, Wolff, Ach, Gross, Sandmann, Bondy.

nerwu odwodzącego oka już kilka razy opisane zostały (Hauber, Ach, Gontermann). — We wszystkich przypadkach porażeń nerwu odwodzącego wyleczenie nastąpiło samo przez się lub też pod wpływem elektryzacji.

Uważając ogłoszenie niniejszego przypadku porażenia nerwów odwodzących oka ze względów statystycznych za wskazane, podaję poniżej krótkie streszczenie przebiegu choroby. Sądzę bowiem, że tylko na podstawie sumiennie zebranych obserwacji i ich zestawieniu można będzie określić przeciwwskazania dla stosowania znieczuleń lędźwiowych.

Przypadek nasz pozatem zasługuje na uwagę i z tego względu, że porażenie było *obustronne*, co *po raz pierwszy* spotyka się po znieczuleniu *tropokokainą*, a wogóle jest zjawiskiem rzadkiem, gdyż opisane było tylko w dwóch przypadkach po znieczuleniu lędźwiowem nowokainą (Landow, Lang).

Chora M. S. lat 40, służąca, operowana była w klinice położniczej U. J. dnia 19/III 09 r. z powodu włókniaka podsurowiczego, przy zastosowaniu znieczulenia lędźwiowego. Wstrzyknięto tropokokainę 2%, 0.09 i skopolaminę 0.00075. Znieczulenie było zupełne, bez powikłań, operacja trwała min. 18.

W dniu operacji pojawił się ból głowy i wymioty, dnia następnego wzdęcie miernego stopnia. Wymioty i wzdęcie utrzymywały się przez dni kilka; na ból głowy zaś chora uskarżała się jeszcze po upływie trzech miesięcy.

Na 9-ty dzień po operacji wystąpił ból w oku lewem a wkrótce potem podwójne widzenie.

Rana pooperacyjna zagoiła się prawidłowo, chora wstała na 14-y dzień.

Dnia 5/IV przesłaną została do kliniki ocznej, gdzie rozpoznano: *paralysis n. abducentis dextri. paresis n. abducentis sin. paresis accomodationis o. u.*; celem zbadania układu nerwowego chora skierowaną została do ambulatorjum kliniki chorób nerwowych, gdzie przeszło 3 miesiące pozostawała w leczeniu.

Z wywiadów wynika, że chora nigdy zupełnie zdrową nie była. W dzieciństwie cierpiała często na bóle głowy, ciekło z uszu, uchodziła zawsze za małokrwistą, łatwo się pracą męczyła, a po większych wysiłkach fizycznych niejednokrotnie miewała wymioty.

Przed rokiem po raz pierwszy zauważyła obrzęk nóg, który po pewnym czasie ustąpił, a na parę miesięcy przed operacją się ponowił.

Pierwsza miesiączka w 19 r. ż., następne prawidłowe i niebolesne.

Co do obarczenia dziedzicznego stwierdzić jedynie było można, że brat przyrodni chorej, z drugiego małżeństwa matki, jest upośledzony umysłowo, do pracy niezdolny.

Skargi obecne: silny, nieustający ból głowy, umiejscowiony w czole, częste zawroty głowy, osłabienie ogólne i ból w dolnych kończynach, przeważnie w prawej, wzmagający się podczas chodzenia; parcie na mocz i czucie pieczenia przy oddawaniu moczu. Najuciąźliwsze jest podwójne widzenie wszystkich otaczających przedmiotów bez względu na ich odległość od chorej.



20.IV.1909 Paral. nn. abduc. post tropococainam.

Badanie przedmiotowe: chora miernie odżywiona, o wyglądzie niedokrwistym, głowę trzyma pochyloną, oczy ma przymknięte, przysłania je ręką.

Czaszka w okolicy kości ciemieniowych wraźliwa nieco na ucisk, zresztą przy opukiwaniu i przy ucisku niebolesna.

Wszystkie nerwy mózgowe z wyjątkiem VI-ej pary bez zmian.

Ruchy gałek ocznych ku górze, na dół i do wewnątrz zachowane dobrze. Ruch zbieżny upośledzony.

W spokoju oko prawe zbacza nieco na wewnątrz, przy patrzeniu w prawo, pomimo największego wysiłku, nie przekracza linji środkowej; ruch oka lewego nazewnątrz wydatniejszy nieco, ale również bardzo upośledzony. Podwójne widzenie po obu stronach występuje już w najbliższej odległości od oczu. Obrazy podwójne, nie skrzyżowane, leżą na tej samej wysokości, oddalają się od siebie przy przesuwaniu przedmiotu nazewnątrz.

Narządy wewnętrzne zmian nie przedstawiają.

Oprócz bardzo żywych odruchów kolanowych i obustronnego drgania rzepki wrzekomego (clonus patellae spurius) przedmiotowych zmian zarówno w kończynach górnych, jak dolnych stwierdzić nie można.

Przy biernem i czynnem podnoszeniu nóg do góry w po-

zycji leżącej oraz podczas chodzenia chora skarży się na ból w kończynie dolnej prawej.

Zaburzeń czucia brak.

Mocz mętny, cuchnący, oddziaływanie wybitnie zasadowe, białko w niewielkiej ilości, cukru nie zawiera.

Jako leczenie zastosowano codzienną elektryzację prądem stałym.

Przerwano leczenie dn. 15/VII 1909 r. wskutek zamknięcia ambulatorjum.

Przez cały ten czas chora znajdowała się w klinice położniczej, gdzie w miarę potrzeby stosowano ogólne leczenie.

20/IV i 1/V 1909 r. — Stan jednakowy, jedynie parcie na mocz i palenie przy oddawaniu mniejsze.

Drgania rzepki nie udało się już wywołać.

17/VI 1909. Oko prawe zbacza jeszcze do wewnątrz. W odległości 38 cm. od nasady nosa chora widzi pojedyńczo przy przesuwaniu przedmiotu w lewo; przy mijaniu zaś linii środkowej oka prawego podaje najczęściej, że widzi podwójnie. W większej odległości po obu stronach powstają obrazy podwójne.



20.IV.1909 Paral. nn. abduc. post tropocainam.

Porażenie więc prawego i niedowład lewego n. odwodzącego utrzymuje się, aczkolwiek stwierdzić można nieznaczną poprawę.

Bóle głowy stałe, ale mniej nieco natężone. Bóle w kończynach utrzymują się.

15/VII.09. Obrazy podwójne powstają dopiero w odległości 4—5 m. i utrzymują się tylko przy przesuwaniu przedmiotu w prawo. Przy ruchu nazewnątrz oko prawe przekracza trochę linję środkową. Pozostał więc jeszcze niedowład prawego n. odwodzącego, lewy zaś działa prawidłowo.

Podmiotowo stan się nie zmienił, chora mocno rozdrażniona, skłonność do agrawacji.

Mocz o wyglądzie i oddziaływaniu normalnem, białka nie zawiera. Dolegliwości pęcherza ustąpiły.

— Grudzień 1909. Ruchy gałek ocznych prawidłowe. Podwójnego widzenia niema. Chora skarży się na bóle w oczach, w rękach, nogach i bóle głowy, silnie rozdrażniona.

Zaznaczyć należy, że na bóle w kończynach dolnych chora skarżyła się jeszcze przed operacją, o czem świadczy odpowiednia wzmianka w wywiadach, zebranych w klinice położniczej, łaskawie nam przez prof. Rosnera udzielona. Charakter nieokreślony bólów, skłonność do agrawacji, brak przedmiotowych zmian, z wyjątkiem rzekomego drgania rzepki, świadczącego li tylko o wzmożonej pobudliwości układu nerwowego, — nie uprawniają do przyjęcia przyczyny organicznej owych bólów, a przemawiają raczej za sprawą czynnościową.

Czy zapalenie pęcherza moczowego uważać należy jako następstwo znieczulenia lędźwiowego, czy sześciodniowego cewnikowania z powodu zatrzymania moczu po operacji, rozstrzygnąć trudno. Faktem jest, że zapalenie pęcherza i podrażnienie nerek bywały spostrzegane po znieczuleniach lędźwiowych.

Wymioty i bóle głowy należą do następstw częstych po znieczuleniach lędźwiowych; ustępują stosunkowo prędko, od 1—7 dni mniej więcej.

Przyczyny tak uporczywego bólu głowy naszej chorej, utrzymującego się jeszcze przez kilka miesięcy po ustaniu wymiotów, szukać należy przedewszystkiem w ustroju neuropatycznym chorej; na spotęgowanie ich bezsprzecznie wpłynąć też mogło podwójne widzenie.

Co się tyczy porażenia nerwów odwodzących oka udawadnianie bezpośredniości związku, jaki zachodzi pomiędzy porażeniem a znieczuleniem lędźwiowem, zdaje się zbytecznem, sprawa ta bowiem jest nieomal przesądzona. Nawet spór o naturę porażenia zdaje się być zakończony, gdyż większość autorów szuka przyczyny w działaniu toksycznem środka znieczulającego.

Pogląd Adam'a, który przypuszczał, że porażenie jest następstwem krwotoku w jądrze n. VI wskutek obniżonego ciśnienia w kanale mózgowo-rdzeniowym, niema prawie zwolenników

podobnie jak i hypoteza Müllera o następczem zapaleniu nerwu pod wpływem wzmożonego ciśnienia. Spielmeyer oraz Wossidlo doświadczalnie wykazali, że wstrzykiwanie płynów obojętnych do kanału mózgowo-rdzeniowego u zwierząt ani klinicznie stwierdzić się dających ani histologicznych zmian nie wywołuje.

Natomiast pytania, czy porażenie jest pochodzenia osrodkowego czy też obwodowego, oraz dlaczego n. VI tak wyjątkową posiada wrażliwość na środek znieczulający, zajmują w dalszym ciągu umysły, ale dotychczas brak zadawalniających odpowiedzi.

Ach, Lang, Gontermann, Ricchi i inni wypowiadali się za porażeniem obwodowem. Uwzględniając warunki anatomiczne, Ach uważa przedostanie się płynu wstrzykniętego do komory IV za nieprawdopobne.

Według Bichin'a porażenie jest ośrodkowe: „środek znieczulający może wywołać zmiany wewnętrznego ucha, które następczo, za pośrednictwem jądra Deitersa, powodują porażenie nerwu VI-go".

Perna z Bolonii tłomaczy szczególną wrażliwość nerwu VI-go przebiegiem jego w zatoce jamistej oraz tem, że, zdaniem niektórych autorów, posiada on pochewkę chłonną, wskutek czego wessanie środka znieczulającego mogłoby być znacznie większe, aniżeli ze strony innych nerwów.

Wszystko to są jednak hypotezy, polegające na mniej lub więcej trafnych przypuszczeniach, nie poparte jednak dowodami przedmiotowemi. Donioślejszemi przeto zdają się być wyniki badań doświadczalnych i histologicznych wykonane na zwierzętach (v. Lier, Wossidlo, Klose i Vogt, Spielmeyer), ludziach (Spielmeyer, Ogata i Fujimura), bo aczkolwiek i one ostatecznych wyjaśnień nie dały, to jednak tylko na tej drodze spodziewać się ich możemy.

Spielmeyer zbadał mózgi i rdzenie w 16 przypadkach u ludzi, którzy byli operowani przy znieczuleniu lędźwiowem stowainą. Doświadczenia dokonał na 5-iu zwierzętach: 3-ch małpach i 2-ch psach.

Badał metodami: Nissl'a, Bielschowsky'ego i Marchi'ego.

W większości przypadków u ludzi nie znalazł zmian, któreby można było uznać za następstwo zatrucia stowainą, w kilku przypadkach jednak spotkał zmiany swoiste dużych ruchowych

komórek przednich rogów rdzenia; zmienione komórki te były nierównomiernie w różnych wysokościach rdzenia spotykane i bądź pojedyńczo, bądź w grupki ułożone. W jednym przypadku parę komórek w jądrze n. III takież zmiany wykazywały.

Autor zwraca uwagę na fakt, że zmiany komórek, polegające na pęcznieniu, zaniku substancji chromatynowej oraz przesunięciu jądra, nosiły charakter zmian wtórnych, wstecznych a nie pierwotnych („einfache Chromolyse"), które się po różnych zatruciach i zakażeniach spotyka, oraz że komórki te najliczniejsze były w tych miejscach, gdzie i w korzeniach przednich stwierdzić się dało zmiany.

Inni autorowie jak v. Lier, Wossidlo, Ogata i Fujimura nie różniczkowali tak ściśle, a opis zmian w komórkach przez nich podany, nietylko w rogach przednich, lecz i w tylnych (Wossidlo) odpowiada raczej zmianom pierwotnym (einfache Chromolyse); Spielmeyer spostrzegał je niejednokrotnie, lecz nie uważał za bezpośrednie następstwo środka znieczulającego, ponieważ i inne stany patologiczne, nawet agonia powodować je może.

Godne zaznaczenia jest, że zmiany analogiczne ze zmianami komórek ruchowych u ludzi spostrzegali Spielmeyer oraz Klose i Wogt u wszystkich badanych zwierząt, przyczem nadmienić wypada, że u zwierząt, po za zmianami opisanemi, wyżej wspomniani autorowie spotykali stale rozległe nieraz zwyrodnienie słupów tylnych od najniższych odcinków rdzenia aż do jąder w rdzeniu przedłużonym. Częste również było zwyrodnienie włókien zewnętrznych rdzenia, „Randdegeneration", jak Spielmeyer określa. Charakterystyczne jest, że ani u ludzi, ani u zwierząt, u których histologicznie zmiany powyższe w rdzeniu znaleziono, nie można było żadnych zmian klinicznie wykazać. Tłomaczy się to chyba tylko tem, że ilość komórek, która schorzeniu uległa, była stosunkowo mała. Z badań wspomnianych autorów wynika, że komórki ruchowe zarówno rdzenia, jak i wyżej położonych części układu nerwowego, np. jąder nerwów ruchowych są szczególnie wrażliwe na zatrucie stowainą. Porażenia nerwu odwodzącego oka spostrzegane są częściej, aniżeli porażenia innych nerwów, prawdopodobnie dzięki li tylko stosunkom anatomicznym; podczas gdy zanik niewielkiej ilości komórek w jądrze n. odwodzącego sprowadza wybitne zmiany, klinicznie

stwierdzić się dające, to natomiast zanik takiejże ilości komórek w rdzeniu pozostać może bez następstw.

Prof. dr. J. Piltzowi za zachętę do ogłoszenia niniejszego przypadku składam serdeczne podziękowanie.

PIŚMIENNICTWO.

Adam. Münch. Med. Woch. 1906 № 8.

Ach. Ibid. 1907 № 33.

Bondy. Gynäkol. Rundschau J. IV H. 3 Ref. M. Med. Woch. 1910 № 10.

Feichenfeld. Zentralbl. f. prakt. Augenh. 1906 S. 118.

Goldschwend. Wien. Klin. Woch. 1907 № 37.

Gontermann. Berl. Klin. Wochensch. 1908 № 33.

Gross. Ibid. 1909 № 32. Verein deutsch. Ärzte. Sitz 14/V-09.

Henking. Münch. Med. Woch 1906 № 50.

Hauber. Langenbecks Arch. B. LXXXI H. 2. ref. im Ctblt. f. Chir. 1907 № 10.

Heymann. Deutsch. Med. Woch. 1906 № 26. Ber. Med. Gesellsch. Sitz. am 13/VI 1906.

Klose u. Vogt. Münch. Med. Woch. 1906 № 23.

Lang. Deutsch. Med. Woch. 1906 № 35.

Landow. Münch. Med. Woch. 1906 № 30.

Loeser. Deutsch. Med. Woch. 1906 № 2.

V. Lier. Beträge Z. Klin. Chirurg. B. LIII S. 413 ref. Ctblt. f. Chir. 1907.

Münhsam. Deutsch. Med. Woch. 1906 № 35.

Meyer. Mediz. Klin. 1907 S. 175.

Müller, Archiv. f. Augenk. B. LX H. 2 i 3.

Oelsner. Deutsch. Zeitsch. f. Chir. B. 90.

J. Ogata u. J. Fujimura. Beiträge zar Geburtshilfe u. Gynäkologie B. XV H. 2.

Parhon u. Goldstein. Spitalul 1907 № 11 — 12 ref. w Fol. Neurob. 1907.

Péchin. Cyt. wedł. Ricchi.

Perna. Cyt. wedł. Ricchi.

Ricchi. Récueil. d'Ophtalmologie 1909 № 2.

Roeder. Munch. Med. Woch. 1906 № 23.

Sandmann. Ibid. № 34. Demonstr. in d. Mediz. Ges. in. Magdeb.

Spielmeyer. a) Münch. Med. Woch. 1908 № 31. b) Neurolog. Clblt. 1909 № 2.

Thorbecke. Med. Klin. 1907 p. 384 ref. i. Ctblt. f. Chir.

Wolf. Berl. Klin. Woch. 1907 № 41.

Wossidlo. Archiv f. Klin. Chirurgie 1908 B. 86.

PRZYRODA OMAMU ZMYSŁOWEGO.

(Notatka psychologiczna)

podał

R. RADZIWIŁŁOWICZ.

Czy omam zmysłowy jest w rzeczy samej wzmożonem w swem natężeniu wyobrażeniem, jak to powszechnie przyjęto mniemać, czy nie jest on raczej psychologicznie i fizjologicznie postacią postrzegania, chociaż twierdzenie takie wydaje się na pierwszy rzut oka uderzającym, oczywistym paradoksem?

Sądzę, że istnieją dostateczne dane, przedewszystkiem psychologiczne, a także i pewne fizjologiczne, że twierdzenie to jest tylko paradoksalne pozornie, jest w rzeczy samej słuszne, odpowiada doświadczeniu.

Przyjrzyjmy się przedewszystkiem psychologicznej stronie sprawy i spróbujmy odpowiedzieć na pytanie: na jakich danych doświadczenia opieramy to rozróżnienie postrzegania od wyobrażenia, jakie z taką łatwością czynić nam przychodzi, kiedy obie te sprawy współcześnie zajdą w naszej świadomości?

Wszak możemy postrzegać jedno, a wyobrażać sobie drugie, a nigdy obie sprawy nie zleją się tak, ażeby rozróżnienie pomiędzy niemi natrafiło na jakiekolwiek trudności. Mamy zatem w doświadczeniu własnem niewątpliwe dane, odróżniające to, co postrzegamy, od tego, co sobie tylko wyobrażamy; rozbiór psychologiczny pozwala nam ustalić te dane z całą ścisłością.

Od czasów Hume'a przyjęto twierdzić, że zasadnicza różnica obu tych spraw polega na większej sile, na większem natężeniu tego, co postrzegamy w przeciwstawieniu do znacznie słabszego natężenia obrazu wyobrażanego; na tym fakcie głównie opieram twierdzenie, że omam zmysłowy dla tego przybiera postać postrzeżeniową, że jest chorobliwie wzmożonem wyobrażeniem.

Otóż, czy tak jest rzeczywiście — czy to, co bierzemy za różnicę natężenia doznawania, jest w istocie samą tylko różnicą natężenia?

Wszak możemy postrzegać bardzo słabe natężenie światła— brzask, świt, a wyobrażać jego mocne natężenie—silny blask, światło słoneczne w południe; czyż rzeczywiście istniejąca w tym wypadku różnica natężenia doznawania wypada na korzyść postrzegania? Oczywiście nie. Niewątpliwie w postrzeganiu istnieć muszą jeszcze jakieś inne sprawy, których niema w wyobrażeniu, a które my bierzemy za wzmożenie natężenia i temu przypisujemy fakt, że postrzeganie wydaje się nam być zawsze mocniejszem w natężeniu, niż wyobrażenie. Jest ono tylko żywsze, a żywość swą zawdzięcza większej złożoności samej sprawy postrzeżenia, w przeciwstawieniu do stosunkowego ubóstwa wyobrażenia. W postrzeganiu obok zespołu doznawań częściowych (partial presentations autorów angielskich) barwy, jasności dźwięku, smaku etc. istnieje cały szereg czuć ustrojowych, zwykle niedoznawanych w wyobrażeniach, obok szeregu czuć ruchowych, powstałych wskutek nastawiania narządów zmysłowych; czuć tych niema w wyobrażeniu i one stanowią źródło tej żywości doznawania, jaka cechuje sprawę postrzegania.

Oprócz tego postrzeżenie posiada zwykle wyraźną stałość— przeciwstawną do zmienności i migawkowości, jakie charakteryzują każde wyobrażenie. Wyobrażenie przesuwa się przez pole świadomości z kalejdoskopową szybkością, zatrzymanie najżywszego obrazu wyobrażeniowego przez czas dłuższy jest trudne, a nawet niepodobne — natomiast postrzeżenie nawet najsłabsze, skoro tylko posiada natężenie dostateczne do zwrócenia na siebie uwagi, utrzymuje się w polu świadomości nieporuszone. Przyczyny tego szukać należy w sprawie umiejscowienia wrażenia, istniejącego w postrzeganiu, nieistniejącego w wyobrażeniu — w tym fakcie, że w każdej chwili postrzegania zdajemy sobie dokładną sprawę, że oto oko, a oto narząd słuchowy jest czynny, że stwierdzamy nietylko sam fakt pobudzenia narządu zmysłowego, ale możemy dokładną zdać sobie sprawę, jaka część tego narządu została pobudzona, jaka okolica pola widzenia albo uciskowego odbiera dane wrażenie, że jesteśmy, jak się to mówi, „przy zmysłach”, ale przedewszystkiem, że istnieje nastawienie narządu zmysłowego, które utrzymuje narząd w położeniu, zapewniającem mu największą sprawność czynnościową w odbieraniu pobudzeń świata zewnętrznego, a ztąd ustala samą sprawę postrzegania, zapewnia niezmienność postrzeżeniowego doznawania.

Stosunek uwagi w obu sprawach jest również różny, inny w sprawie postrzegania, a inny w sprawie wyobrażenia. W postrzeganiu uwaga skupia się na umiejscowieniu wrażenia i na nastawianiu zmysłowem, w wyobrażaniu jakby odbiega od zmysłów, skupia się wyłącznie na wyobrażeniowym obrazie; staramy się wtedy zawiesić czynność odbierania wrażeń, zmniejszyć sprawność odbiorczego narządu zmysłowego, bo, wdzierając się do świadomości, wrażenia rozpraszają uwagę, odciągają, przeszkadzają jej skupieniu na samem tylko wyobrażeniu.

W ten sposób obok umiejscowienia wrażeń — nastawianie narządów zmysłowych — doznawanie obu tych spraw stanowi zasadniczy rys, odróżniający doświadczenie postrzegania od doświadczenia wyobrażania.

Znaczenie szczególnie tej drugiej strony sprawy jest albo zupełnie zapoznawane w psychologji, albo niedoceniane, a tymczasem stanowi ona jej rys najistotniejszy.

Mówiąc o nastawianiu, mamy zwykle na myśli fakt nastawiania oka, możność zmieniania krzywizny przedniej powierzchni soczewki w zależności od odległości źródła promieni świetlnych od oka. Oczywiście jest to rozumienie zupełnie nie ścisłe; już w samym narządzie wzrokowym nastawianie ma znaczenie znacznie szersze, a przytem nie ogranicza się ono tylko do oka, lecz istnieje w dziedzinie wszystkich zmysłów. Pod nastawianiem narządu zmysłowego należy rozumieć wszelki ruch mięśniowy, dążący do zapewnienia narządowi zmysłowemu największej sprawności czynnościowej w zależności od warunków doświadczenia. Do faktu nastawiania narządu wzrokowego należą oprócz wspomnianego zmieniania krzywizny soczewki przez skurcz mięśnia rzęskowego i poruszenia mięśni gałek ocznych w celu skrzyżowania osi wzrokowych na przedmiocie, na który patrzy się, i ruchy głowy, szyi, tułowia, o ile przyczyniają się one do zapewnienia narządowi wzrokowemu większej sprawności pod tym względem.

W narządzie słuchowym mamy również do czynienia z faktami nastawiania zmysłu; jeżeli nie możemy strzydz uszami i kierować muszlą uszną w stronę, zkąd przychodzą dźwięki, to możemy ustawić głowę tak, ażeby fale dźwiękowe, zbierane przez muszlę, wpadały do przepustu w sposób najodpowiedniejszy, t. j. uderzały prostopadle w bębenek, bo to stanowi warunek najlepszego działania tego narządu.

Dalej w samem uchu środkowem mamy dwa mięśnie, służące wyłącznie sprawie nastawiania zmysłu słuchowego: naprężacz bębenka i mięsień strzemienny. Pierwszy rozciąga lub rozluźnia bębenek, czyni go podatniejszym do przyjmowania dźwięków wysokich, względnie nizkich; drugi, skracając lub wydłużając jedno z ramion dźwigni, przenoszącej drganie błony bębenkowej na narządy ucha wewnętrznego, zmniejsza lub zwiększa siłę, z jaką strzemię uderza w okno owalne, zmieniając w ten sposób działanie narządu zmysłowego zależnie od warunków doświadczenia.

Smakując coś, staramy się rozcierać językiem zawartość jamy ustnej o podniebienie, posiłkujemy się narządem mięśniowym języka, ażeby wydobyć, że tak powiem, cały smak, jaki wydobyć można z płynu, który probujemy, ażeby podziałał on i na koniec języka i na grzbiet i boki, wiemy bowiem, że koniec wrażliwy jest na słodycz i słoność, brzegi na kwaśność, a grzbiet na gorycz; dopomagamy więc sobie mięśniami języka, ażeby narządowi zmysłu smakowego — kubkom smakowym — zapewnić jaknajwiększą czynnościową sprawność.

Kiedy chcemy zdać sobie dokładną sprawę z zapachu, jakiego doświadczamy—wąchamy, t. j. wciągamy mocniej w płuca powietrze, w którem jest zawieszona substancja wonna, wiemy bowiem, że powonienie działa tylko wtedy, kiedy wchodzące do jamy nosowej powietrze uderza o błonę śluzową jamy z pewną siłą, im siła ta jest większa, tem mocniejsze pobudzenie, — znowu więc posiłkujemy się narządem mięśniowym dla zapewnienia narządowi odbiorczemu największej czynnościowej sprawności.

W zakresie czuć skórnych mamy również do czynienia z faktami analogicznymi; spotykamy je we wszystkich postaciach tych czuć: ucisku, ciepła, zimna i bólu, ale najwidoczniej występują one w dziedzinie czucia uciskowego. Żeby coś ująć dobrze przy pomocy czucia uciskowego, dotykamy, macamy – dążymy do odebrania czucia tą okolicą ciała, która jest na tę postać czucia najwrażliwszą—końcami palców, t. j. do czuć zmysłowych dodajemy w doświadczeniu czucia ruchowe, czyniąc w ten sposób wynik postrzegania dokładniejszym.

Mamy zatem w dziedzinie wszystkich zmysłów stałe spółdziałanie czuć ruchowych, powstałych wskutek nas awiania narządu zmysłowego, spółdziałanie, istniejące tylko w postrzeganiu, nie istniejące w wyobrażeniu i stanowiące obok umiejscowienia wrażenia najistotniejszy czynnik postrzegania.

Otóż wszystkie te cechy, które w sposób tak wyraźny odróżniają w doświadczeniu wewnętrznem postrzeganie od wyobrażania, istnieją i w omamie zmysłowym; ztąd wynika prawo do twierdzenia, że omam zmysłowy jest, psychologicznie rzecz biorąc, postacią postrzegania, a nie wyobrażania.

Trzeba tylko przy ocenie tej sprawy stanąć na stanowisku chorego, który tych stanów omamowych doświadcza, t. j. trzeba zająć wobec faktu stanowisko ściśle psychologiczne.

Chory, kiedy podlega omamowi zmysłowemu, zdaje sobie dokładnie sprawę z umiejscowienia wrażenia. Wie on dobrze, że oto ucho, a oto oko, jest źródłem tego doznawania, wyraźnie zdaje sobie sprawę, jaka część pola wzrokowego albo uciskowego, odbiera to, czy inne podrażnienie.

Tak samo ma się rzecz i z nastawianiem zmysłów — chory słucha, patrzy, smakuje, wącha, dotyka, t. j. czyni wszystko, ażeby zapewnić odbiorczym narządom zmysłowym największą czynnościową sprawność — wykonywa wszystkie potrzebne po temu ruchy. Te wykonywane przez niego ruchy stanowią właśnie owe charakterystyczne zjawiska, jakie zwykle postrzegamy w omamie zmysłowym, — nazywamy je przedmiotowemi cechami omamu.

Chory w doświadczeniu własnem w omamie zmysłowym ujmuje niewątpliwą dla siebie rzeczywistość, to, czego on doznaje, ma dla niego oczywistą postać postrzegania, wszystkie dane podmiotowe przemawiają zatem; ażeby je sprawdzić chory musi wyjść poza granice *własnego* doświadczenia i w doświadczeniu innych szukać potwierdzenia lub zaprzeczenia słuszności swego doświadczenia.

To, że inni nie widzą i nie słyszą tego, co on widzi i słyszy, to jedyny dla niego sprawdzian, że to, czego on doświadcza, nie jest przedmiotową rzeczywistością, istnieje tylko w jego świadomości, nie poza nią, ale jego własne doświadczenie daje mu wszystkie dane po temu, że to, co on widzi lub słyszy, jest rzeczywiste, a nie urojone i istnieje w świecie konkretnym.

Paradoksalność twierdzenia, że omam zmysłowy jest psychologicznie postacią postrzegania, a nie wyobrażania — jest pozorna, wynika z niedostatecznie ścisłego zdawania sobie sprawy ze stanowiska, z jakiego te rzeczy winny być rozważane.

Zwykłe stanowisko nasze jest fizyczne, zarówno w życiu co-

dziennem, jak i w naukach przedmiotowych. Nikt nie zadaje sobie pytania, jak widzi, lecz patrzy, jak postrzega, lecz postrzega; tylko psycholog zaprząta myśl swoją i innych pytaniami, co zachodzi w świadomości jednostki, kiedy ona widzi lub postrzega, i te dane obserwacji to jedyne dane, na których ma on prawo budować swe wnioski. Czy wyniki jego postrzeżeń godzą się z twierdzeniami logiki, epistemologji, a nawet i istniejących teorji psychologicznych, to go nie zajmuje, obchodzi go jedynie sam fakt doświadczenia, sposób, w jaki ono przebiega w rzeczy samej. Otóż przebieg faktu doświadczenia w omamie zmysłowym rozstrzyga ostatecznie na rzecz twierdzenia, że omam psychologicznie jest postacią postrzeżenia. Zaprzeczyć temu może epistemolog — bo w tym wypadku doświadczenie podmiotowe nie odpowiada przedmiotowej rzeczywistości, ale musi przyjąć je psycholog, dla którego istnieje tylko podmiotowe doświadczenie i ono o wszystkiem rozstrzyga.

Wydaje mi się, że istnieją dane, które pozwalają twierdzić, że i fizjologicznie omam zmysłowy jest postacią postrzeżenia, t. j. że tutaj w rzeczy samej zachodzi pobudzenie obwodowego narządu zmysłowego, odmienna jest tylko droga samego pobudzenia. W postrzeganiu zwykłem droga ta jest dośrodkowa, ksobna—w omamie odśrodkowa, odsiebna. Pobudzeniu ulega obwodowy narząd zmysłowy nie wskutek uderzania weń podniet, przychodzących ze świata zewnętrznego, lecz wskutek tego, że do jego komórek nerwowych dostają się bodźce, krążące po układzie nerwowym ośrodkowym i wprowadzają je w stan czynny. Wiemy, że w obwodowych drogach nerwowych obok włókien, dążących od obwodu ku osi mózgowo-rdzeniowej, istnieją włókna o kierunku odwrotnym, których komórki leżą wewnątrz układu mózgowo-rdzeniowego ośrodkowego, a których zakończenia rozkrzewiają się ostatecznie u komórek nerwowych obwodowych narządów zmysłowych. Drogi te zostały dokładnie zbadane w narządzie wzrokowym — komórki, które dają im początek, leżą we wzgórkach czworaczych, a kończą się owe drogi w zwojowych komórkach siatkówki. Istnienie podobnych dróg stwierdzono również w narządach obwodowych węchowych i czucia skórnego. Wydaje się, jakgdybyśmy mieli do czynienia z przejawem jakiegoś ogólniejszego prawa, wspólnego wszystkim zmysłom, prawa, że oprócz narządów głównych, dopro-

wadzających bodziec do układu ośrodkowego, istnieją jeszcze i narządy dodatkowe, pobudzające narządy obwodowe w kierunku odsiebnym, przenoszące bodźce nerwowe, powstałe w układzie ośrodkowym, na obwodowe narządy zmysłowe.

Otóż najprawdopodobniej w omamie zmysłowym mamy do czynienia z chorobliwie wzmożoną czynnością tych komórek: obwodowy narząd zmysłowy ulega u tych chorych rzeczywistemu pobudzeniu, doprowadzonemu do nich od ośrodka za pośrednictwem tych dróg odsiebnych. To pobudzenie obwodowego narządu zmysłowego wywołuje wszystkie te sprawy, jakie zachodzą w układzie ośrodkowym, kiedy obwodowy narząd zmysłowy bywa pobudzony, t. j. w zwykłem postrzeganiu i dlatego widzimy tutaj i przyłączające się czucia ustrojowe i umiejscowienie wrażenia i nastawienie zmysłu.

Roztrzygnięcie omawianego zagadnienia co do przyrody omamu zmysłowego, roztrzygnięcie, jaką stanowi on postać psychologiczną, czy jest postrzeżeniem, czy wyobrażeniem, posiada mojem zdaniem, nietylko teoretyczne znaczenie.

Dla neurologa i psychjatry-praktyka jest sprawą pierwszorzędnej wagi dokładne zdanie sobie sprawy z tego, z czem ma do czynienia w danej chwili: z urojeniem czy omamem? Otóż psychologiczny rozbiór sprawy ułatwi mu zorjentowanie się pod tym względem.

Jak w każdej sprawie biologicznej — a życie duchowe jest przecież postacią życia, więc i biologiczny stosunek do niego jest jedynie zasadny — pomiędzy oddzielnemi postaciami przejawów życia duchowego niema ścisłych, wyraźnie wytkniętych granic; jedna postać przechodzi w drugą, pomiędzy jedną wyraźną postacią, a drugą istnieje zawsze cały szereg ogniw pośrednich, stanów przejściowych, w których stopniowo zanikają jedne cechy, a pojawiają się drugie i zorjentowanie się w tych sprawach bez posiadania jakichś wyraźnych wytycznych bywa nieraz bardzo trudne. Otóż psychologja teoretyczna dostarcza neurologowi i psychjatrze tych wytycznych, po których pozna on i odróżni to, co stanowi omam, a co urojenie.

Trzeba tylko, ażeby umiał on w stosunku do badanego faktu zająć stanowisko ściśle psychologiczne, a sądzę, że zdobycie tej umiejętności jest obowiązkiem każdego, kto przy łóżku chorego ma do czynienia z objawami psychologicznymi.

O MOŻNOŚCI OKREŚLANIA WYSOKOŚCI USZKODZENIA W PORAŻENIACH POPRZECZNYCH RDZENIOWYCH NA PODSTAWIE PEWNYCH ZABURZEŃ ODRUCHOWYCH

podali

PROF. DR. J. BABIŃSKI i DR. J. JARKOWSKI Z PARYŻA.

U niektórych zwierząt (np. u świnki morskiej, u królika) przecięcie rdzenia wywołuje wystąpienie lub wzmożenie odruchów w części ciała poniżej przecięcia, przytem obręb odruchów wzmożonych odpowiada obrębowi znieczulenia. Jeśli jednak zamiast zwykłego przecięcia zniszczy się rdzeń na pewnej długości, to znieczulenie i wzmożenie odruchów dosięgają różnych poziomów i pierwsze odpowiada granicy górnej, drugie zaś granicy dolnej uszkodzenia.

Nasze doświadczenia potwierdziły te fakty i dowiodły zarazem, że uszkodzenie rdzenia częściowe, zbyt słabe, aby wywołać porażenie i znieczulenie zupełne, może jednak pociągnąć za sobą zaburzenia w dziedzinie odruchowej, bynajmniej nie różniące się od zaburzeń po przerwie rdzenia zupełnej.

Oprócz tego spostrzeżenia anatomo-kliniczne przekonały nas, że powyższe dane eksperymentalne zastosować można do patologji ludzkiej.

Podajemy tu w streszczeniu trzy spostrzeżenia, zaznaczając w nich jedynie to, co się dotyczy omawianej sprawy.

Spostrz. I. Chora, dotknięta porażeniem poprzecznem dolnem o cechach kurczowych. W kończynach dolnych przykurczenia i kurcze; ruchy czynne w lewej zniesione zupełnie, w prawej wielce ograniczone. Zaburzenia rozmaitych rodzajów czucia po stronie prawej: na kończynie dolnej czucie zniesione prawie zupełnie z wyjątkiem obrębu korzeni krzyżowych, na brzuchu osłabienie czucia do poziomu XI odcinka grzbietowego. Po lewej stronie czucie obniżone w tym samym obrębie i do tej sa-

mej granicy, co i po prawej, lecz w znacznie mniejszym stopniu. Zwieracze w porządku, zaburzeń odżywczych niema. Odruchy ścięgnowe na kończynach dolnych bardzo wzmożone, obustronnie wybitny odruch stopy drgawkowy i objaw paluchowy (Babińskiego). Odruch odbytu zachowany, również jak górny brzuszny, natomiast brzuszny dolny zniesiony.

Podrażnienie skóry na kończynach dolnych (np. ukłucie szpilką, przyłożenie przedmiotu zimnego, elektryzacja) wywołuje ruch podrażnionej kończyny, ruch, co do siły i postaci zależny od miejsca podrażnienia: w jednych razach otrzymuje się ruch wyprostny, w innych zgięcie kończyny, już to w kolanie, już też w biodrze. Podobnego rodzaju ruchy odruchowe, co do natężenia jednak słabsze, otrzymać można przez podrażnienie skóry brzucha, aż do górnej granicy znieczulenia.

Podrażnienie skóry ponad wskazaną granicą żadnych tego rodzaju ruchów odruchowych nie wywołuje. Linja graniczna jest najzupełniej wyraźna.

Laminektomja wykazała pod oponą twardą nowotwór, postaci owalnej, długości około trzech cm., nowotwór z umiejscowieniem takiem, jakie wskazywały zaburzenia czucia.

Spostrz. II. Chory, dotknięty porażeniem poprzecznem dolnem; ruchy czynne zniesione niemal zupełnie; co chwila ruchy kurczowe w udach i goleniach. Lekkie zaburzenia ze strony zwieraczy, znaczne osłabienie czucia na kończynach dolnych, z wyjątkiem obrębów korzeni krzyżowych; obniżenie czucia zajmuje i tułów, aż do linji, przechodzącej na dwa palce poniżej sutek — w górnej jednak części tego obrębu czucie upośledzone jest w znacznie mniejszym stopniu. Odruchy kolanowe żywe, ze ścięgna Achillesa z prawej strony żywy, objaw paluchowy po tej samej stronie, (lewa goleń odjęta). Odruchy brzuszne zniesione.

Pod wpływem podrażnienia skóry występują ruchy odruchowe, podobnie jak w spostrzeżeniu I, tylko zajmują one obręb większy, o granicach mniej wyraźnych. Wywołać je można z łatwością poniżej linji poprzecznej, przechodzącej o pięć palców powyżej pępka; powyżej linji, przechodzącej na cztery palce pod sutkami, podrażnienie skóry ruchów takich nie wywołuje, — wreszcie na przestrzeni pomiędzy obu wymienionemi linjami podrażnienie wywołuje ruchy odruchowe tylko niekiedy.

Sekcja wykazała zapalenie opony twardej gruźlicze na przestrzeni od 2-go do 6-go odcinka grzbietowego. Granica górna tych zmian odpowiada granicy górnej znieczulenia, — dolna jest do pewnego stopnia w związku z granicą górną obrębu, w którym podrażnienie skóry wowoływało ruchy odruchowe.

Spostrz. III *). Chory, dotknięty porażeniem poprzecznem dolnem, z lekkiem wzmożeniem napięcia mięśniowego. Ruchy czynne zniesione zupełnie. Zaburzenia zwieraczy, odleżyny. Znieczulenie, obejmujące kończyny dolne, brzuch, klatkę piersiową prawie do poziomu sutek. Odruchy kolanowe i ze ścięgna Achillesa — średniego natężenia. Objaw paluchowy obustronny, odruchy skórne zniesione.

Ruchy odruchowe, podobne jak w poprzednich dwóch spostrzeżeniach. Granica ich przechodzi na pięć — sześć palców poprzecznych ponad poziomem pępka. Na sekcji stwierdzono zajęcie kręgów wraz ze zmianami gruźliczemi w rdzeniu na przestrzeni od 4-go do 8-go odcinka grzbietowego.

Trzy powyższe spostrzeżenia anatomo - kliniczne przemawiają za tem, że na podstawie omówionych ruchów odruchowych u człowieka określić można granicę dolną uszkodzenia rdzenia oraz długość tego uszkodzenia, jeżeli inne objawy wskazują granicę górną.

Czy w przypadkach porażenia poprzecznego kurczowego bez znieczulenia — te ruchy odruchowe mogą określić wysokość uszkodzenia? Niektóre dane kliniczne skłaniają nas do takiego przypuszczenia, lecz twierdzić tego napewno nie możemy.

W zakończeniu dodać należy, że przy badaniu tych odruchów nietrudno wpaść w błąd, można nie zauważyć ich istnienia, gdyż u niektórych chorych natężenie ich jest wielce zmienne; można wziąć za nie ruchy kurczowe samoistne, lub współruchy — w tych razach granica obrębu, w którym te ruchy wywołać można, określona będzie zbyt nisko, lub zbyt wysoko. Szczególniej pamiętać należy, że skóra na kończynach dolnych

---

*) Spostrzeżenie to ogłoszone będzie in extenso przez pp.: Barré i Jarkowskiego.

jest wogóle bardzo pobudliwa, na tułowiu zaś znacznie mniej. Widzieliśmy chorych, u których zajęta była niewątpliwe górna część rdzenia grzbietowego, tymczasem podrażnienie skóry brzucha ruchów odruchowych nie wywoływało, występowały one natomiast bardzo silnie przy podrażnieniu kończyn dolnych. Z tego też względu sądzimy, że w sprawie określenia wysokości zmian chorobowych w rdzeniu brać pod uwagę należy tylko te przypadki, w których obręb omawianych ruchów odruchowych obejmuje nietylko kończyny dolne, lecz przechodzi i na tułów.

Z oddziału dla chorych nerwowych d-ra E. Flataua w szpitalu żydowskim na Czystem.

O KOSTNIAKACH KRĘGOSŁUPA, POWODUJĄCYCH UCISK RDZENIA

podali

M. BORNSTEIN i WŁ. STERLING.

Jak wiadomo ucisk rdzenia powodowany bywa zazwyczaj przez nowotwory zewnątrzrdzeniowe, próchnienie kości kręgów, przewlekłe stany zapalne opon (*pachymeningitis cervicalis hypertrophica*, *meningitis serosa spinalis*) oraz opisane ostatnio przez Krause'go przewlekłe zapalne zgrubienia opony miękkiej i pajęczynowatej (*Schwartenbildung*). Z nowotworów samego kręgosłupa, powodujących ucisk rdzenia, najczęstsze są guzy złośliwe (rak, mięsak). Natomiast do niezmiernych rzadkości klinicznych należy ucisk rdzenia, powodowany przez kostniaki kręgosłupa. W piśmiennictwie zdołaliśmy odnaleść zaledwie kilka odnośnych przypadków.

Cloquet (1823) opisuje sekcję mężczyzny, który zmarł przy objawach bezwładu kończyn dolnych. Jako przyczynę choroby stwierdzono wyrośl kostną X-go kręgu grzbietowego. Twardy guz wielkości kuli karabinowej wypełniał kanał kręgowy i do tego stopnia uciskał odpowiedni odcinek rdzenia, że prócz opon nie wiele z niego pozostało.

W przypadku Reid'a (London and Edinb. Journ. of med. Science, March. 1843) istniała wyrośl kostna stożkowata; wychodziła ona z tylnej części wyrostka zębowatego drugiego kręgu szyjowego, powodując ucisk i rozmiękczenie rdzenia.

Analogiczny jest przypadek Pereyr'a (Gaz. med. de Paris 1841 № 16): 6 miesięcy przed śmiercią wystąpiły gwałtowne bóle w szyi i w głowie, następnie zawrót głowy i trudność utrzymania się w pozycji stojącej. Później przyłączyło się drętwienie i mrowienie w obu kończynach górnych. Na sekcji znaleziono również wyrośl kostną wyrostka zębowatego.

Przypadek Vogl'a (Deutsche Klinik 1851 Bd. III S. 408—410), dotyczy 16-letniej dziewczyny, dotkniętej bezwładem górnych kończyn oraz tułowia. W 15-ym roku życia wystąpiło wybitne osłabienie kończyn, które zmusiło chorą do przerwania pracy. Osłabienie to wkrótce przeszło w bezwład, który kolejno rozszerzał się na lewą górną, prawą górną kończynę, potem na mięśnie tułowia, wreszcie na lewą i prawą dolne kończyny. Badanie przedmiotowe, dokonane na krótki czas przed śmiercią, nie wykazało zaburzeń w obrębie nerwów czaszkowych, ruchy głową zachowane, bezwład 4 kończyn. Odruchy na kończynach dolnych zachowane, choć słabe, na kończynach górnych zupełnie zniesione. W historji choroby brak jakichkolwiek danych, dotyczących napięcia mięśniowego oraz odruchów skórnych. Gwałtowne bóle w kończynach, dotkniętych bezwładem, zwłaszcza w tych odcinkach, które przy leżeniu były uciśnięte. Czucie cieplikowe zmniejszone nieznacznie na kończynach górnych, obniżone wybitnie na dolnych. Wybitne zaparcie stolca, oraz zaburzenia w oddawaniu moczu. Brak zaburzeń w oddychaniu. Śmierć naskutek nagłego obrzęku płuc, dla którego autor nie umie wynaleźć przyczyny.

Na sekcji prócz zrostów opłucny, rozedmy płuc, czerwonego zwątrobienia licznych obrębów obu płuc i ropnego zapalenia oskrzeli w innych narządach wewnętrznych zmian nie stwierdzono. Po wyjęciu rdzenia znaleziono w okolicy od III-go do V-go kręgu szyjowego guz wielkości dużego migdała, który wychodził z ciał kręgowych i wdrążał się do kanału kręgowego. Guz ten na podobieństwo pestki daktyla przedzielony był na dwie części płytką bruzdą podłużną. Rdzeń w okolicy IV-go i V-go kręgu szyjowego był przez guz ten uciśnięty z przodu ku tyłowi i wykazywał na tej wysokości na przedniej powierzchni wyraźne wklęśnięcie. Opona twarda z zewnątrz była zrośnięta z guzem, natomiast jej powierzchnia wewnętrzna była zupełnie gładka. Strzałkowy przekrój kręgosłupa w części szyjowej wykazał, że przednia wdrążająca się w światło kanału kręgowego i zrośnięta z oponą twardą część guza składa się z tkanki włóknistej zgrubiałej okostny, natomiast część wewnętrzna z miękkiej gąbczastej substancji kostnej, która bezpośrednio przechodzi z substancji IV-go kręgu. Na przedniej powierzchni IV-go kręgu szyjowego znajdował się podobny, jakkolwiek znacznie mniejszy, guz kostny.

Bruns w dziele swojem „O nowotworach układu nerwowe-

go", w krótkości tylko wspomina o spostrzeganym przez siebie przypadku, w którym wyrośl kostna znajdowała się w kości krzyżowej i uciskała koniec rdzenia.

Również Gowers przytacza w podręczniku własny przypadek, w którym obok licznych kostniaków stwierdzono również wyrośl kostną w lędźwiowej części kręgosłupa z uciskiem na koniec rdzenia.

W podanym przez Schlesinger'a przypadku Eberth'a (którego nie udało nam się odnaleźć w oryginale), kanał kręgowy był prawie zupełnie zamknięty przez kostniak wielkości *pięści* (?), wychodzący z VII, VIII i IX kręgu grzbietowego.

Caselli (X Congrés de la Societé ital. de Chirurgie 1893—referat w Semaine medicale" z tegoż roku)—opisuje przypadek ucisku rdzenia przez kostniak. W przypadku tym po wycięciu kilku łuków grzbietowych nastąpiło wyleczenie.

Schlesinger w dziele swojem „Beiträge zur Klinik Rückenmarks—und Wirbeltumoren" (1897 r.) podaje historję choroby 18-letniego chłopca, który od 2½ lat cierpiał na stałe bóle i sztywność karku, na 7 miesięcy przed śmiercią wystąpiło osłabienie, zaś na 6 miesięcy przed śmiercią bóle w kończynach górnych i osłabienie kończyn dolnych. W przeciągu 4-miesięcznego pobytu chorego w szpitalu wystąpił bezwład kończyn, nietrzymanie moczu, wybitne rozszerzenie obu źrenic, znaczne przykurczenia kończyn dolnych, mniej zaś wybitne górnych, *zupełne zniesienie czucia bólowego i cieplikowego od dołu do linji sutkowej przy zachowanem czuciu dotykowem*, wzmożenie odruchów kolanowych i ze ścięgna Achilesa (drżenie stóp), których jednakże w chwilach silniejszego przykurczenia nie udawało się wcale wywołać, odleżyny na lewym krętarzu i na kości krzyżowej, duszność. Na sekcji okazał się kostniak, wychodzący z łuku III-go, IV-go i V-go kręgu szyjowego z znacznem zwężeniem kanału kręgowego i uciskiem rdzenia w okolicy III-go, IV-go i V-go kręgu szyjowego. W całym rdzeniu—głównie zaś w uciśniętych odcinkach – liczne komórki tłuszczowo-ziarniste („Fettkörnchenzellen").

Bielschowsky (Neurolog. Centralblatt 1904) opisuje przypadek, dotyczący 51-letniej kobiety, dziedzicznie nie obarczonej; choroba rozpoczęła się w lutym 1896 r. od uczucia drętwienia w podeszwach, podginania się kolan przy chodzeniu, chwiania się oraz zawrotu głowy. Stan chorej stale się pogarszał, nogi

stawały się coraz sztywniejsze, chód coraz trudniejszy. Ku końcowi maja 1897 r. chora nie była już w stanie zupełnie chodzić. Na jesieni tegoż roku wystąpiły stałe przykurczenia kończyn (kolana zgięte, uda odwiedzione). Bólów nie było, tylko mrowienie w okolicy kolan. Prawa noga w początku choroby była bardziej zajęta niż lewa, później jednak pod tym względem nastąpiły wahania. W ostatnich miesiącach wystąpiły błyskawiczne kurcze w kończynach dolnych, zaparcie stolca. Wychudzenie kończyn dolnych. W okolicy żołądka uczucie, jakgdyby ją uciskał kamień. Uczucie opasywania pod piersiami. Przy badaniu zaburzeń ze strony nerwów czaszkowych, jak również i w kończynach górnych nie znaleziono. Kręgosłup przy opukiwaniu wykazywał bolesność w części grzbietowej—najwybitniej na wysokości V-go kręgu grzbietowego. Kończyny dolne silnie przykurczone, przyczem w stawie biodrowym kąt wynosi 130^0, w kolanowych 75^0, mniejszy stopień przykurczenia w stawach skokowych. Wybitne przykurczenie mięśni przywodzących, kolana silnie przyciśnięte do siebie. Ruchów biernych w kończynach dolnych nie udaje się otrzymać nawet przy użyciu znacznej siły. Ogólne wychudnięcie kończyn dolnych, lecz brak umiejscowionych zaników. Ruchy dowolne w kończynach dolnych zupełnie zniesione. Odruchów kolanowych po obu stronach niepodobna otrzymać naskutek silnych kurczów. Odruch stopy drgawkowy obustronnie. Odruchy brzuszne zniesione. Brak odleżyn. Zaburzenia czucia początkowo nieznaczne, później stały się wybitne—mianowicie chora bardzo niedokładnie odróżnia ostre od tępego na całej dolnej połowie tułowia, przyczem górna granica zarysowuje się zupełnie ostro, odpowiadając z przodu z lewej strony przebiegowi II-go żebra, z prawej o jedną przestrzeń międzyżebrową niżej. W historji choroby brak jakiejkolwiek wzmianki o zaburzeniach czucia cieplikowego i mięśniowego. Za życia rozpoznano ucisk rdzenia przez nowotwór na wysokości V-go kręgu grzbietowego (badanie promieniami Roentgen'a wykazało zaciemnienie na miejscu tego kręgu).

Przy operacji (*Israel*) na miejscu oczekiwanego nowotworu znaleziono równomierne wielkości wiśni uwypuklenie ciała kręgu w kierunku kanału kręgowego. Nowotworu wewnątrzoponowego nie znaleziono. Rdzeń, który przed otwarciem opony twardej nie tętniał, po jej przecięciu i wypływie umiarkowanej

ilości płynu mózgowordzeniowego zaczął wyraźnie tętnić. Powierzchnia wewnętrzna opony twardej i opony miękkie miały wygląd normalny. Rdzeń był nieco spłaszczony i ścieńczały. Wypiłowano kawałek wspomnianej wyrośli kosnej. Wkrótce po operacji chora zmarła. Oględziny pośmiertne potwierdziły w zupełności dane, spostrzegane podczas operacji. Rdzeń w miejscu ucisku zmniejszony był do $^1/_3$ swej normalnej objętości—konsystencja jego w miejscu tem była tak miękka, że substancja rdzenia o żółtawo-brunatnem zabarwieniu wypływała z powierzchni przekroju. Opony rdzeniowe na miejscu ucisku nie były ze sobą zrośnięte. Badanie drobnowidzowe odpiłowanego kawałka wyrośli wykazało gąbczastą substancję kostną, która nie różniła się zasadniczo od normalnej substancji gąbczastej kręgu, tylko okostna wykazała w tem miejscu włókniste zgrubienie. Był to więc tylko rozrost ciała kręgu, ktory należy zaliczyć do zwykłych wyrośli kostnych.

Badanie drobnowidzowe rdzenia w miejscu ucisku wykazało silny rozpad miąższu substancji białej wraz z licznemi komórkami tłuszczowo-ziarnistemi („Fettkörnchenzellen"), naczynia wypełnione ciałkami białemi, nowotworzenie się naczyń, częstokroć w postaci opisanych przez Bruns'a skupień, liczne krwotoki—zwłaszcza z naczyń włoskowatych i mniejszych żył—słowem, typowy obraz t. zw. „żółtego rozmiękczenia". Autor podkreśla w przypadku tym *nierównomierność pomiędzy wysokim stopniem zmian rdzeniowych a nieznaczną wielkością uciskającego guza* (który nie przekraczał ziarnka bobu). Dowodem bezpośredniej zależności tych głębokich zmian rdzeniowych od stosunkowo małego ucisku były zmiany rdzeniowe w miejscu ucisku, brak zmian w oponach, brak drobnoustrojów, zjawienie się tętnienia rdzenia przy operacji po przecięciu opony trwardej.

Wobec charakteru uciskającego nowotworu wyłączyć należy możliwość oddziaływania na rdzeń toksyn. Autor odrzuca przypuszczenie o zapalnym charakterze zmian w danym przypadku, opierając się na badaniach doświadczalnych Kahlera—Picka, drobnowidzowych Bruns'a i własnych. Zgadza się jedynie na określenie sprawy, jako t. zw. *zapalenia reakcyjnego*, będącego wyrazem wzmożonego wchłaniania obumarłej tkanki (*Schmaus*). Jako ciekawy wynik badania drobnowidzowego w danym przypadku podnieść należy między innemi stwierdzoną przez Bielscho-

wsky'ego obecność w rowku podłużnym przednim i w błonie zewnętrznej naczyń ośrodkowych nietypowych pęczków włókien nerwowych; autor, wbrew poglądowi Fichter'a, który takie pęczki opisał, uważa je nie za przejaw odradzania się włókien rdzenia, lecz za anomalję anatomiczną w postaci pęczków, odłączonych od przednich pęczków piramidowych lub za niezwykle długi pęczek spoidłowy („Ein langes Commissuralbündel").

Hermes (Inaugural-Dissert. Giessen 1905 r.) opisał przypadek, dotyczący 21-letniego robotnika, pochodzącego z rodziny obarczonej gruźlicą, który na 2 lata mniej więcej przed śmiercią zapadł na biegunkę i bóle brzucha. W 3 miesiące potem wystąpiło stale wzmagające się osłabienie prawej kończyny dolnej, bez bólów, lecz z drętwieniem. Zaburzeń w oddawaniu moczu w owym czasie jeszcze nie było. W kilka miesięcy potem dokonane badanie chorego wykryło osłabienie obu kończyn dolnych ze znacznem wzmożeniem napięcia mięśniowego. Zupełne zniesienie czucia, począwszy od IV-go kręgu lędźwiowego aż do kości ogonowej, wzmożenie odruchów ścięgnowych na kończynach dolnych. Mniej więcej w rok potem wystąpiły zaburzenia w oddawaniu moczu, nietrzymanie kału, obrzęki nóg oraz rwące bóle w kończynach dolnych—zwłaszcza w prawej. Badanie przedmiotowe wykryło wtenczas w obrębie lędźwiowej części kręgosłupa skrzywienie ku przodowi prawie pod kątem ostrym. Kończyny dolne były zupełnie bezwładne, czucie z tyłu zniesione zupełnie aż do IV-go kręgu lędźwiowego, granica z przodu odpowiada więzowi Puparta. Bliższych danych co do zajęcia poszczególnych rodzajów czucia w historji choroby nie znajdujemy. Odruchów kolanowych prawie że wywołać nie można. W obu kończynach dolnych przykurczenia. Brak odruchu drgawkowego stopy. Choroba przebiegała bez podniesienia ciepłoty; po wielokrotnem spuszczaniu moczu przez zgłębnik wystąpiło początkowo cieczenie moczu kroplami, potem nietrzymanie moczu zupełne. Nietrzymanie kału. Wreszcie rozwinęły się odleżyny na kości krzyżowej, zapalenie pęcherza, charłactwo i śmierć po kilkodniowem konaniu.

Rozpoznanie kliniczne próchnicy kręgów nie potwierdziło się na oględzinach pośmiertnych. Stwierdzono: zapalenie płuc aspiracyjne, przewlekłe zapalenie oskrzeli, świeże włóknikowe zapalenie opłucny, ropne zapalenie pęcherza i zwyrodnienie tłuszczowe wą-

troby, nerek i mięśnia sercowego, nie znaleziono jednak w narządach wewnętrznych żadnych zmian swoiście gruźliczych. Kręgosłup natomiast wykazywał wybitne zniekształcenie. Na wysokości X-go i XI-go kręgu grzbietowego był on w nieznacznym stopniu wklęsły, poczynając zaś od środka XII-go kręgu szyjowego zaczynało się uwypuklenie ku przodowi, które widoczne było wzdłuż ku dołowi aż do wzgórka. Z wyrostka ciernistego X-go kręgu grzbietowego wychodził guz, który zwężał kanał kręgowy od tyłu i uciskał rdzeń. Guz ten postacią swoją przypominał piramidę, której podstawa zwrócona była w kierunku ogromnie zwężonego kanału kręgowego, zaś stępiony wierzchołek wychodził z ciernistego wyrostka kręgu. Ściany boczne wytworzone były z prawej i lewej strony przez wygórowania nowotworu. Guz składał się, jak to wykazało badanie drobnowidzowe, z okostny, beleczek kostnych i szpiku kostnego, a więc wyłącznie tkanek substancji kostnej. Była to wyrośl kostna, którą na podstawie badania drobnowidzowego określa autor, jako kostniak gąbczasty, ponieważ substancja kostna i szpikowa w jednakowej mierze w skład jej wchodziły. Wielkim brakiem tych zresztą sumiennych i dokładnych badań w danym przypadku jest zupełne pominięcie opisu zmian w rdzeniu zarówno dostrzegalnych gołem okiem jak i drobnowidzowych.

Przypadek nasz dotyczy 75-letniego starca, M. D., który zapisał się na oddział w marcu 1907 r. Historja choroby przedstawia się jak następuje:

Przed laty 10-u chory zaczął doznawać bólu w prawym boku poniżej żeber i jednocześnie zaczął kuleć na prawą nogę. Z początku ból ten występował po dłuższem chodzeniu, później nawet i przy siedzeniu, tak że chory mógł siedzieć tylko z wyciągniętą prawą nogą. Gdy objawy te wzmagały się, chory zapisał się do szpitala żydowskiego na Pokornej, gdzie przeleżał 8 — 9 miesięcy. W szpitalu chodził o kiju i wypisał się bez poprawy. Taki stan trwał przez kilka lat. Półtora roku temu osłabła i przykurczyła mu się prawa ręka, zaś lewe kończyny były osłabione, ale chory mógł jeszcze wykonywać niemi rozmaite ruchy. Chory opowiada np., że noga była jeszcze wtedy na tyle silna, że mógł, opierając się nią o łóżko, unosić ku górze całe ciało, zaś lewą ręką mógł ocierać nos, drapać się w głowę, trzymać przedmioty i t. d. Tak było do ostatnich czasów. 5 — 6 tygodni temu chory wypadł z wózka, w którym wożono go po ulicach. Podobno potłukł się dotkliwie i przewieziony został do szpitala żydowskiego; tu zauważył dopiero, że już lewa ręka i lewa noga

również są przykurczone i nieruchome. Obecnie chory zupełnie ruszać się nie może; lewa kończyna dolna podobno sama się prostuje, ażeby po pewnym czasie znowu niezależnie od woli chorego skurczyć się w kolanie.

Dawniej był zawsze zdrów; tylko podobno, jako młody chłopiec, cierpiał na bóle głowy. Dzieci zdrowe. Żona nigdy nie roniła. Przymiot zaprzecza. Alkoholizmu nie wypiera się. Kilka lat temu przechodził leczenie rtęciowe (igły),

S t a n o b e c n y. Chory wzrostu średniego, odżywianie średnie. Obrzęków, ani wyraźnych zaników mięśniowych niema; na prawym pośladku odleżyna. Głowa ruchoma na wszystkie strony zarówno czynnie, jak i biernie; przy ruchach biernych nigdzie chory bólu nie odczuwa.

Ź r e n i c e: prawa trochę szersza od lewej; lewa wielkości łepka od szpilki; obie na światło oddziaływają bardzo słabo; odruch na przystosowanie zachowany. Pozostałe nerwy mózgowe bez zmian.

K o ń c z y n y g ó r n e:

P r a w a kończyna górna w stałem przykurczeniu, zgięta w stawie łokciowym, dłoń wyprostowana, zlekka zwrócona ku wewnątrz, palce również przykurczone, przyczem zaznaczyć należy, że wszystkie palce oprócz dużego zgięte są w pierwszych stawach i wyprostowane w dwóch ostatnich. L e w a kończyna górna przeważnie spoczywa równolegle z tułowiem, w stawie łokciowym jest wyprostowana. Przykurczenia w dłoni i palcach są znacznie mniej wybitne, niż w prawej.

R u c h y b i e r n e. Unoszenie p r a w e j kończyny górnej możliwe jest tylko do linii poziomej, poczem natrafia się na opór nieprzezwyciężony w stawie barkowym. Przykurczenie w stawie łokciowym można przezwyciężyć z wielkim trudem i kończynę całą wyprostować (przytem chory bólu nie odczuwa). W stawie napiąstkowym trudno również przezwyciężyć przykurczenie. Podczas tego ruchu rozchodzą się i wyprostowują biernie palce. Przy wyprostowywaniu palców w stawach śródręcznopalcowych natrafia się na dość silny opór. W kończynie l e w e j trudno przezwyciężyć przykurczenie mięśni wyprostnych przedramienia, tak że z trudem zaledwie można zgiąć kończynę w łokciu; po za tem przemódz można również wybitne przykurczenia wyprostne w dłoni, przyczem tak samo, jak i w prawej dłoni, przy zginaniu występuje wolne wyprostowanie i rozchodzenie się palców.

R u c h y d o w o l n e. Możliwe jest tylko bardzo nieznaczne unoszenie ramienia ku górze, doprowadzenie kończyny do tułowia i lekkie zginanie w łokciu; d ł o ń i p a l c e s ą a b s o l u t n i e n i e r u c h o m e. Przy tych ruchach występują ruchy towarzyszące w głowie i (nieznaczne) w lewej kończynie. W l e w e j kończynie górnej możliwe jest tylko bardzo nieznaczne unoszenie w ramieniu, odprowadzanie całej kończyny w bardzo niewielkim stopniu ku zewnątrz i bardzo powolne zginanie kończyny w łokciu, przyczem chory jakby dopomaga sobie całem tułowiem; ruchowi temu towarzyszą również zginanie zgiętej kończyny prawej i ruchy głową ku przodowi i tyłowi.

O d r u c h y. Po stronie p r a w e j bardzo żywy odruch z m. trójgłowego i z okostny promienia; przy opukiwaniu okostnej kości łokcio-

wej występuje ruch nawrotny dłoni. Po stronie lewej: bardzo żywy drgawkowy odruch z m. trójgłowego; przy opukiwaniu okostny promienia otrzymuje się czasami zamiast zgięcia w łokciu, wyprostowanie dłoni, innym razem znowu zwykły żywy odruch okostnowy. Czasami otrzymuje się przy próbie wyprostowania palców lewej ręki szereg drobnych drgawkowych ruchów w palcach. Z okostny k. łokciowej otrzymuje się również bardzo żywy odruch o charakterze drgawkowym.

Kończyny dolne.

Prawa kończyna stale przykurczona w zgięciu zarówno w stawie biodrowym, jak i w kolanowym i przechylona cała ku linii środkowej. Na prawej stopie opiera się zazwyczaj lewa kończyna, wyciągnięta, wyprostowana w stawie kolanowym, w ten sposób, że na podbiciu prawej stopy opiera się dolna $^1/_3$ część uda lewego i jama podkolanowa lewa. Pięta lewa opiera się o łóżko, a stopa jest zgięta i zwrócona ku wewnątrz (pes equinovarus).

Ruchy dowolne. Prawą kończyną chory nie może wykonać żadnego ruchu. W lewej kończynie możliwe są słabe ruchy palcami, a przy bardzo wielkim wysiłku lekkie zginanie w kolanie.

Ruchy bierne. Przykurczenie kolanowe prawej kończyny przemódz można tylko do połowy, t. j. można rozgiąć kolano do kąta prostego; dalej występuje nieprzezwyciężony opór i ból. To samo dotyczy mięśni przywodzących uda. W stopie i palcach ruchy bierne są swobodne. W lewej kończynie dolnej wyprostowanej opór podczas zginania jest bardzo nieznaczny, natomiast napięcie mięśniowe jest wzmożone przy wyprostowywaniu zgiętej uprzednio w kolanie kończyny. W mięśniach przywodzących lewej kończyny jest wzmożone napięcie mięśniowe, choć w stopniu mniejszym, niż po stronie prawej. W stopie i palcach napięcie mięśniowe przy ruchach biernych nie jest wzmożone.

Ruchy mimowolne. Chory skarży się na zgięcie i wyprostowywanie mimowolne lewej nogi. Dalej, kiedy chory stara się z wysiłkiem zgiąć lewą kończynę górną, towarzyszy temu ruchowi kurcz prawej kończyny w łokciu.

Odruchy. Po stronie prawej: Odruch kolanowy bardzo żywy. Po tej samej stronie skurcz m. przywodzącego uda, po drugiej stronie niema skurczu. Odruch ze ścięgna Achillesa zniesiony. Podeszwowy w postaci odruchu Babińskiego; bardzo silne ruchy obronne przy drażnieniu podeszwy i kłuciu stóp wogóle. Po stronie lewej: kolanowy b. żywy z takim samym dodatkiem ze strony m. przywodzących co po stronie prawej; ze ścięgna Achillesa zniesiony; odruch Babińskiego. Ruchy obronne.

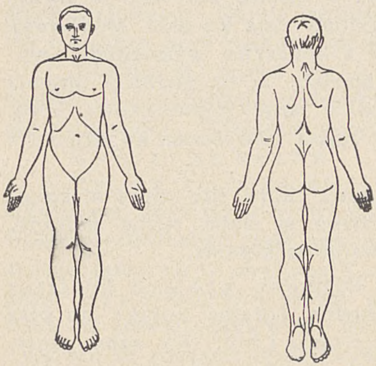
Tułów. Chory sam nie może wykonać tułowiem żadnego ruchu; ani przewrócić się z boku na bok, ani tem mniej podnieść się albo usiąść.

Odruch brzuszny i jądrowy zniesiony.

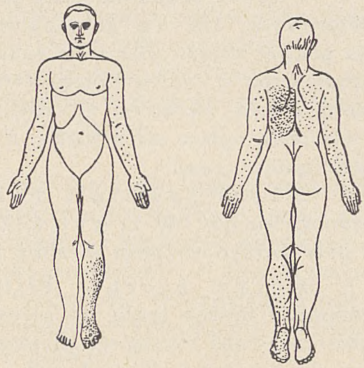
Pęcherz i odbytnica: nietrzymanie moczu i kału do pewnego stopnia (kiedy choremu zaraz nie podać naczynia, oddaje pod siebie, chociaż za każdym razem czuje potrzebę).

Czucie wykazuje poważne zaburzenia we wszystkich rodzajach, zwłaszcza czucie ciepłotne, które zniesione jest prawie na całem ciele, z przodu mniej więcej do II-ej przestrzeni międzyżebrowej, z tyłu do środka łopatek; na lewej kończynie górnej zaburzenia czucia ciepłotnego są większe niż na prawej, gdzie czasami odróżnia chory ciepło od zimna. Najsłab-

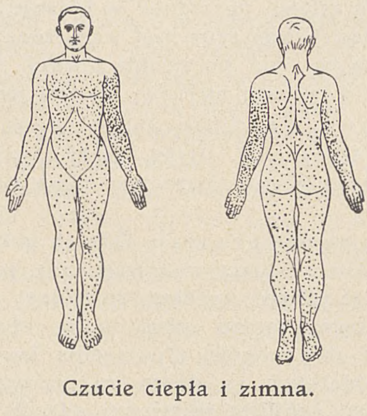
SCHEMATY ZABURZEŃ CZUCIOWYCH.



Czucie dotykowe.



Czucie bólu.



Czucie ciepła i zimna.

sze zaburzenia dotyczą czucia dotykowego, które zniesione jest tylko na palcach kończyny górnej i na palcach obu kończyn dolnych; w innych obrębach dotyk zachowany. To samo odnosi się do czucia mięśniowego. Pośrednie miejsce zajmują zaburzenia czucia bólowego, które dotyczą głównie lewej strony tułowia i lewej kończyny górnej oraz dolnej. (Patrz schematy).

BADANIE ELEKTRYCZNE.

	Pr. przerywany.	Pr. stały
M. Międzykostny II lewy	65	4MA.K>A. skurcz szybki
M. wyprostny palców wspólny	65	
M. kłębu lewego	60	
„ prawego	70	$2\frac{1}{4}$MA.K>A „ „
M. kłębuszka prawego	60	4 MA.K>A „ „
„ lewego	60	„ „ „
M. czterogłowy uda lewy	60	16 MA.K>A „ „
M. piszczelowy przedni prawy	60	10 MA.K>A „ „
N. strzałkowy lewy	55	
N. łokciowy prawy	50	

Tablica powyższa wykazuje tylko ilościowe osłabienie oddziaływania mięśni, zwłaszcza w m. piszczelowym przednim prawym; jakościowych zmian niema.

W ciągu dwu miesięcy chory wziął 40 wcierań rtęciowych bez widocznej zmiany w stanie zdrowia.

30.VI wystąpiła nagle wysoka gorączka i zaczerwienienie oraz obrzmienie na grzbiecie lewej stopy. Stwierdzono różę i przeniesiono chorego na oddział chorób zakaźnych, skąd 15.VII, wyleczony z róży, wrócił na oddział chorób nerwowych bez zmian zasadniczych pod względem nerwowym.

Historja choroby w streszczeniu przedstawia się jak następuje. 75-letni starzec choruje od lat 10-iu. Skarży się w chwili obecnej na zupełny bezwład we wszystkich kończynach, kurcze w lewej kończynie dolnej, którym towarzyszą zwykle skurcze w innych kończynach, w tułowiu i w głowie, po zatem na nieznaczne zaburzenia w oddawaniu moczu i kału.

Choroba zaczęła się od bólu w okolicy prawego pasa biodrowego i krzyża, który przeszedł później na kończyny dolne. Chory zaczął kuleć na prawą nogę i doznawać parestezji w obu kończynach dolnych; w półtora roku później prawa noga i prawa ręka były już porażone, przykurczone i występowały w nich kurcze. Lewa ręka i lewa noga były już wtedy również osłabione, zaś dopiero 6 tygodni przed wstąpieniem na oddział, na skutek upadku z wózka, wystąpiło nagle wybitne pogorszenie w kończynach lewych: zupełne porażenie i silne wzmożenie napięcia mięśniowego. Badanie przedmiotowe wykazało: zupełne porażenie wszystkich 4-ch kończyn. Wybitne przykurczenie zginaczy po stronie pra-

wej i bardzo wzmożone napięcie tych mięśni ze strony lewej.

Źrenice: Prawa trochę szersza od lewej — obie zwężone, bardzo słabo oddziaływają na światło. Inne nerwy mózgowe bez zmian widocznych.

Wybitne zaburzenia czucia na całem ciele, zwłaszcza czucia ciepłotnego i bólowego; czucie mięśniowe wykazuje zaburzenia tylko w palcach prawej kończyny górnej i obu kończyn dolnych; czucie dotykowe prawie zupełnie zachowane.

Badanie elektryczne wykazuje tylko zmiany ilościowe; zaników mięśniowych nigdzie niema.

Odruchy. Na kończynach górnych chorobowo wzmożone z m. trójgłowego i z okostny promienia. Na kończynach dolnych kolanowe z obu stron b. wzmożone, ze ścięgna Achillesa z obu stron zniesione (czasami z lewej strony można otrzymać cień jakiegoś leniwego zginania stopy). Obustronny objaw Babińskiego.

Brzusznych ani jądrowych odruchów nie udaje się wywołać.

Po 7-miesięcznym pobycie w szpitalu chory bez wyraźnych zmian w obrazie chorobowym wypisany został ze szpitala 15 października.

W parę tygodni później zmarł w areszcie policyjnym w ratuszu. Ciało przewiezione zostało do prosektorjum, gdzie dokonano sekcji i wyjęto do zbadania rdzeń i mózg.

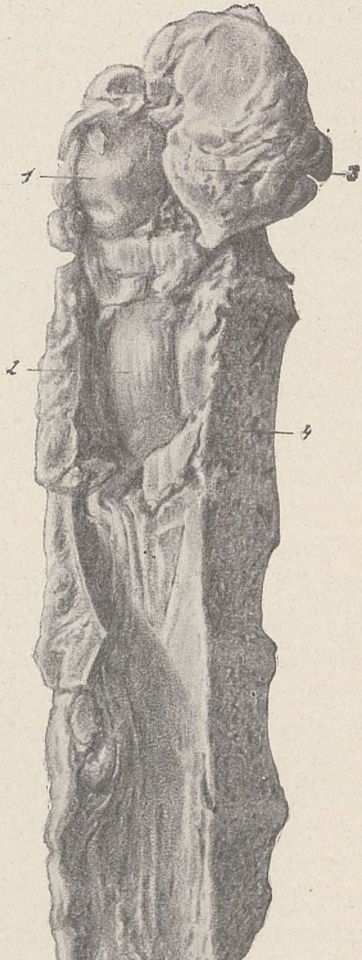
PROTOKÓŁ SEKCJI (7. XI. 1907).

Rdzeń jest na całej rozciągłości szyjowej i górnej części grzbietowej wybitnie spłaszczony w kierunku tylnoprzednim. Po rozcięciu opony twardej przedstawia się on w tej okolicy nie w zwykłej swej postaci okrągławej, lecz jak spłaszczona szeroka i gruba taśma, przyczem na przedniej powierzchni rdzenia widać zarówno gołem okiem, jak, szczególniej przesuwając, palcem dużą ilość zagłębień w postaci płaskich gniazd. Zagłębienia te są bardziej zaznaczone to po prawej, to po lewej stronie rdzenia, przyczem jednocześnie tylne korzenie uległy dość silnemu uciskowi. Zagłębienia te odpowiadają wyroślom kostnym, które stwierdzono na tylnej powierzchni trzonów kręgowych.

Zmiany bardziej szczegółowe makroskopowe są następujące. Największemu ścieńczeniu uległ rdzeń na przestrzeni odpowiada-

jącej II-mu i III-mu odcinkowi szyjowemu; rdzeń jest w tej okolicy, a szczególniej prawa jego połowa tak ścieńczały, że jeżeli trzymać go pod światło, to prawa połowa rdzenia prześwieca i na skutek tego widać tutaj wyraźne rozgałęzienie drobnych naczyń. Zaznaczyć należy, iż przy wyjmowaniu rdzenia stwierdzono w środkowej okolicy szyjowej zrośnięcie opony twardej z tylną powierzchnią trzonów kręgów na przestrzeni przeszło 1 ctm. Otóż okazuje się, że górna granica owego zgrubienia opony twardej odpowiada IV korzeniowi szyjowemu, t. j., że tuż ponad nią rozpoczyna się najwybitniejsze ścieńczenie rdzenia. Owe zgrubienie opony twardej znajduje się wyłącznie na przedniej powierzchni rdzenia i posyła tutaj po stronie prawej cienki wyrostek ku górze (okolica III i II szyjowego odcinka), natomiast tylna powierzchnia rdzenia nie wykazuje w tej okolicy żadnych zmian makroskopowych w oponie twardej.

Zagłębienia, o których wspominaliśmy powyżej, odpowiadają następującym odcinkom: jedno duże zagłębienie znajdujemy w okolicy V, VI, VII-go korzeni szyjowych; są tutaj wybitnie uciśnięte oba tylne słupy, prawa połowa rdzenia i prawe korzenie, gdy natomiast lewa połowa rdzenia jest jakby przesunięta w bok. Następne wyżłobienie znacznie mniejsze—odpowiada I korzeniowi grzbietowemu, wyżłobienie to odpowiada obu tylnym słupom i przylegającej części zarówno prawej,



1, 2. Kostniaki. 3. Łuk kręgu.
4. Przecięcie ciała kręgu.

jak i lewej połowy rdzenia z pewną przewagą ucisku po stronie prawej.

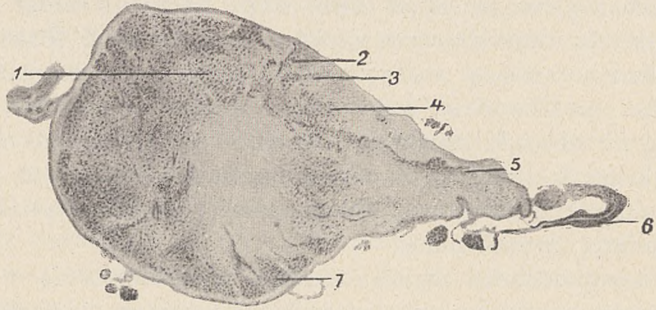
Następne wyżłobienie odpowiada II-mu korzeniowi grzbietowemu: jest tutaj wybitna przewaga ucisku prawej połowy rdzenia i prawego korzenia tylnego, podczas gdy lewa połowa rdzenia i lewy korzeń pozostają makroskopowo nietknięte. Następne wyżłobienie odpowiada przestrzeni pomiędzy IV i V-ym tylnym korzeniem grzbietowym: jest ono mniej głębokie—dotyczy części zewnętrznej prawej połowy rdzenia z uciskiem na górne nerwy V korzenia tylnego. Poniżej ani w rdzeniu grzbietotowym, ani w lędźwiowo-krzyżowym nie widać makroskopowo żadnych zagłębień. Opony, z wyjątkiem wskazanej powyżej okolicy, są wszędzie normalne.

Rdzeń przechowany zrazu w formalinie, później przeniesiony został do płynu Müllera. Skrawki z różnych wysokości zabarwiono rozmaitemi metodami (metoda Weigerta, haemat. i eozyna, v. Giesona, Nissla).

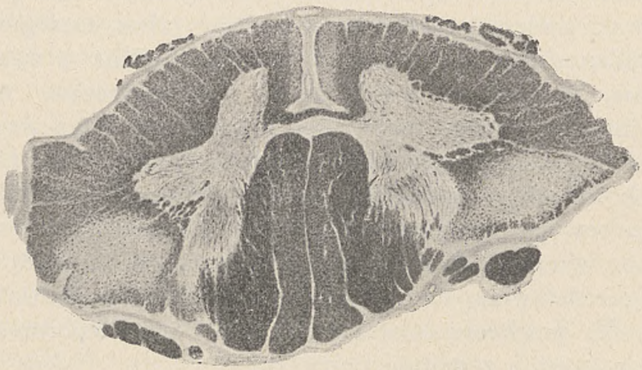
BADANIE DROBNOWIDZOWE.

Na skrawkach, barwionych metodą Weigerta, widać co następuje: najgłębsze uszkodzenie rdzenia dotyczy 2—4 odcinków szyjowych. Skrawek, pochodzący z drugiego odcinka szyjowego, potwierdza fakty, stwierdzone już przy oględzinach makroskopowych rdzenia; a mianowicie: wyjątkowe ścieńczenie całej prawej połowy rdzenia; zniekształcenie zewnętrzne, jak i zmiana zarysów przekroju są posunięte tak daleko, że na pierwszy rzut oka trudno jest wogóle odróżnić pojedyńcze składowe części istoty szarej i białej. Dopiero przy dłuższem wpatrywaniu się i odnajdywaniu cech charakterystycznych, udaje się odcyfrować tę gmatwaninę istoty szarej i białej. Widać tedy, że lewa połowa rdzenia zachowana jest znacznie lepiej od prawej; w lewej połowie odróżnić jeszcze można przedni róg, w którym siatka myelinowa i grupy komórkowe są nader ubogie, natomiast rogu tylnego odróżnić tutaj niepodobna. W słupach przedniobocznych widać zupełnie nieregularne zwyrodnienie w najrozmaitszych okolicach; najlepiej zabarwiona jest grupa włókien wzdłuż rowku podłużnego przedniego, pozatem dość szerokie pasmo, otaczające przedni róg od przodu i z boku; nieźle jest również zachowana okolica bocznej drogi piramidowej i okolica słupa Gowers'a; w tylnym

słupie spustoszenia są jeszcze większe, a mianowicie część przednia i środkowa wskazują stwardnienie i tylko od tyłu są zachowane nieprawidłowe pasma, które językowato wdrążają się wgłąb słupa tylnego. Zauważyć przytem należy, że kierunek włókien jest nieprawidłowy: w bardzo wielu miejscach włókna nie wskazują normalnego przekroju poprzecznego, lecz przebiegają w po-



1. Lewy róg przedni. 2. Przednia brózda podłużna. 3. Prawy słup przedni. 4. Prawy róg przedni. 5. Prawy słup boczny. 6. Korzeń. 7. Prawy słup tylny.



staci grajcarkowatych i najdziwaczniej powyginanych pasem. Najwięcej włókien poprzecznych znajdujemy jeszcze w słupie tylnym i miejscami na obwodzie słupów przedniobocznych. Poszczególne włókna myelinowe wykazują prócz tego cechy zwyrodnienia (zgrubienie, ścieńczenie).

W *prawej* połowie rdzenia zmiany są znacznie głębsze; ta połowa rdzenia jest wyciągnięta w kierunku bocznym w postaci językowatego, stającego się coraz cieńszym, wyrostka; z wyjątkiem

resztek przedniego rogu niepodobna tu zupełnie odróżnić istoty szarej; w słupach przedniobocznych pozostały tu i owdzie nieprawidłowe kępki istoty białej, w słupie bocznym przednia połowa nie wykazuje prawie zupełnie włókien myelinowych, w części zaś środkowej widać większe skupienie pęczków istoty białej na obwodzie, które się łączą wązkiem pasemkiem włókien z przednim rogiem, w tylnej części słupa bocznego widać resztki poobrywanych, zwyrodniałych włókien myelinowych. Prawy słup tylny wskazuje zmiany analogiczne do lewego: mianowicie widać tutaj tylko na obwodzie wyświetlone pęczki myelinowe, które niedaleko od obwodu obrywają się, albo też językowato wdrążają w stwardniałą tkankę. Korzenie zarówno tylne, jak i przednie są dobrze zachowane, prawy korzeń przedni wykazuje od przodu pewne zwyrodnienie.

W 4-ym odcinku szyjowym rdzeń przedstawia się w postaci poprzecznego pasma, po stronie lewej szerszego, zaś węższego po stronie prawej. Zarysy przekroju są znacznie lepiej zachowane; istota szara wykazuje wprawdzie figurę H, jest jednakże w wysokim stopniu wyświetlona (nadzwyczajnie uboga siatka myelinowa); najlepiej są zachowane słupy tylne, szczególniej zaś słup Goll'a; słupy Burdach'a wykazują rozlane stwardnienie, przeważnie po stronie lewej, słupy przednioboczne wykazują również bardzo wybitne zmiany w postaci rozlanego zwyrodnienia lub też ognisk stwardnienia. I tutaj również widać najdziwaczniejsze kombinacje tych zwyrodnień i nie mniej dziwaczny przebieg zygzakowaty poszczególnych pasem; korzenie tylne wykazują z obu stron wyraźne zwyrodnienie, włókna myelinowe trafione podłużnie, przedstawiają się w postaci bladych, paciorkowatych łańcuszków. Na przekroju uderza prócz tego bardzo wybitne zgrubienie opony twardej z przodu.

Zaczynając od tych najbardziej zmienionych odcinków rdzenia, stwierdzono w kierunku wstępującym i zstępującym zmiany następujące:

W pierwszym odcinku szyjowym widać bardzo wyraźnie wzajemny stosunek istoty szarej do białej, natomiast zewnętrzne zarysy wykazują zmiany wybitne, mianowicie: otrzymuje się takie wrażenie, jak gdyby rdzeń był z boku spłaszczony, przyczem lewa jego połowa została znacznie bardziej przesunięta ku przodowi, aniżeli prawa. Lewa połowa jest znacznie węższa od prawej, dotyczy to zarówno istoty szarej, jak i białej. Istota szara wyka-

zuje pozatem normalną siatkę myelinową. W istocie białej widać wyraźne stwardnienie w tylnych słupach, mianowicie w słupach Goll'a i w sąsiadujących z nimi częściach słupów Burdach'a, lecz i w tych miejscach pozostały jeszcze zachowane wąziutkie językowate pasemka, idące od obwodu w głąb słupów. Widać również zachowane, jakkolwiek zlekka zwyrodniałe, pasmo, idące wzdłuż spoidła szarego i przednich części rogów tylnych. W słupach bocznych widać po stronie prawej wybitne zwyrodnienie na obwodzie, po stronie lewej zwyrodnienie to jest znacznie słabsze; w słupach przednich widać rozlane lekkie stwardnienie bez wyraźniejszych ognisk zwyrodnienia; podkreślić prócz tego należy fakt, że we wszystkich słupach kierunek włókien uległ tak zasadniczej zmianie, że prawie nigdzie nie widać włókien poprzecznych, że natomiast włókna myelinowe przebiegają podłużnie, tak jak to ma miejsce np. w opuszce. Co do charakteru tych zmian, to uważamy je w słupach tylnych i słupach bocznych przynajmniej częściowo jako zwyrodnienie wtórne.

W kierunku zstępującym stwierdzono zarówno w dolnych odcinkach szyjowych, jak i w górnych i środkowych odcinkach grzbietowych, zmiany w zewnętrznych zarysach rdzenia w postaci najrozmaitszych spłaszczeń w kierunku tylnoprzednim lub bocznym i przesuwań się to do jednej, to drugiej połowy ku przodowi lub ku tyłowi i wyżłobień w postaci mniejszych lub większych gniazd na obwodzie. Prócz tego, ogólnie biorąc, wyraźne wyrodnienie zstępujące w obydwu szlakach piramidowych bocznych i przednich; natomiast nie stwierdzono wyraźnych zwyrodnień zstępujących w słupach tylnych; po za temi bardziej się odznaczającemi zwyrodnieniami wtórnemi widać było zależne od tego lub innego umiejscowienia kostniaków w odpowiednich miejscach przekroju większe lub mniejsze rozlane stwardnienie. Zwyrodnienie wtórne danych szlaków piramidowych można było stwierdzić jeszcze w rdzeniu lędźwiowym i krzyżowym; natomiast zwyrodnienie przednich szlaków piramidowych stopniowo zacierało się w dolnych odcinkach grzbietowych. Oprócz tych zmian, które stwierdzono na skrawkach, barw. metodą Weigerta, we włóknach myelinowych spostrzegano już przy tej metodzie w miejscach ucisku nadzwyczaj wybitne zwiększenie liczby naczyń rozszerzonych i szczelnie wypełnionych krwią. Zjawisko to wyraźniej występuje na skraw-

kach, barwionych hematoks. i eozyną. I tutaj również największe zmiany wystąpiły na najbardziej uciśniętych górnych odcinkach szyjowych. Po za zmianami konfiguracyjnemi, o których wspomniano powyżej, widać tutaj na całym obwodzie rdzenia, głównie zaś wzdłuż ścieńczałej prawej jego połowy, zgrubiałe opony miękkie, które przypominają budową swą naczyniówkę mózgu. Na przekroju uderza nadzwyczajna ilość naczyń i również, szczególnie w niektórych miejscach, ogromna ilość jąder; głębszych zmian w naczyniach nie widać, są one tylko b. rozszerzone, wypełnione szczelnie krwią, ściany miejscami nieco zgrubiałe; ponieważ niektórym naczyniom towarzyszą zgrubiałe przegródki opony miękkiej, czerwone więc pasma tych ostatnich biegną w rozmaitych kierunkach od obwodu w głąb, lub też występują w postaci poprzecznie, lub skośnie przeciętych, często dziwacznie powyginanych figur.

Liczba naczyń niewątpliwie jest powiększona, skrawki zaś, barwione tioniną, wykazują wyraźnie, że mamy tu do czynienia nietylko z rozszerzonemi naczyniami włosowatemi, lecz i z nowoutworzonemi naczyniami.

Widać prócz tego rozrzucone ciałka skrobiowate; liczba ich jest jednak większa np. w odcinku mniej zmienionym — 3-im; w odcinku tym rozsiane są one zarówno w białej, jak i szarej istocie, największa ich liczba odpowiada słupom tylnym.

Powiększenie liczby naczyń i jąder występuje i w innych okolicach rdzenia, uciśniętych przez kostniaki, w mniejszym jednak stopniu, niż w najbardziej uciśniętym odcinku 2-im szyjowym.

Na skrawkach barwionych metodą v. G i e s o n a stwierdzić można ogromnie powiększoną liczbę naczyń (zwłaszcza w 2-im i 3-im odcinkach szyjowych). Naczynia są przeważnie rozszerzone, często wypełnione krwią, zaś ściany zgrubiałe. Nigdzie nacieczeń drobnokomórkowych nie stwierdzono.

Należy podkreślić, że na wszystkich przekrojach barwionych metodą v. Giesona stwierdzono istnienie wyrostków osiowych; są one nawet zachowane w najbardziej skądinąd zmienionych odcinkach 2-im i 3-im szyjowym; tu tylko wykazują one pewien stopień spęcznienia.

Na preparatach Nissl'a (tioninowych) z 2-go odcinka szyjowego komórek nerwowych prawie zupełnie niema, — gdzieniedzie zauważyć można zanikłą w najwyższym stopniu komórkę nerwową

wybladłą, bez wyrostków osiowych, z resztkami rozpadłych bladych ciałek Nissl'a. Badanie jąder za pomocą immersji wykazało, że mamy tu do czynienia nietylko z jądrami gleju, lecz i z komórkami, znajdującemi się niewątpliwie w związku z naczyniami (przeważnie komórki śródbłonkowe), występuje tutaj mianowicie bardzo wyraźnie nowotworzenie się naczyń, widać więc w najrozmaitszych miejscach przekroju, jak owe komórki układają się podłużnie, okrążając cienki kanał krwionośny; w innych znowu miejscach komórki te skupiają się widocznie w tym samym celu, niepodobna jednak rozpoznać pomiędzy nimi ciałek krwi. Prócz tego komórki tego samego typu leżą oddzielnie i częstokroć przypominają „Stäbchenzellen" Nissl'a. Co do komórek nerwowych z innych okolic rdzenia, to wykazują one większe lub mniejsze zmiany o charakterze zanikowym: tak np. na skrawkach, pochodzących z III odcinka szyjowego, stwierdzić można, że liczba komórek jest zmniejszona i że prawie wszystkie komórki przednich rogów uległy większym lub mniejszym zmianom. Zmiany te polegają na tem, że komórki są zmniejszone, zaokrąglone, częstokroć pozbawione zupełnie wyrostków, lub też wykazują jeden wyrostek, który zaraz się urywa. Ciałka Nissl'a istnieją wprawdzie, widać jednak wyraźną chromatolizę. Jądro przeważnie nie odcina się ostro od ciała; jąderko zmian nie wykazuje; barwnik przeważnie w ilości normalnej.

d. n.

STRESZCZENIA.

REVUE NEUROLOGIQUE R. 1910. N-r 1 — 6.

N-r 1. GUILLAIN i LAROCHE. Astéréognosie spasmodique juvenile.

Autorzy opisują przypadek kliniczny, dotyczący chłopca lat 19, który w 18 r. życia nagle zaczął doznawać drętwienia we wszystkich kończynach, a następnie utracił zupełnie zdolność rozpoznawania przedmiotów dotykiem bez pomocy wzroku. Badanie przedmiotowe wykazało: astereognozję zupełną w obu rękach w połączeniu z zaburzeniami zmysłu mięśniowego i kostnego w palcach, przy braku zaburzeń czucia powierzchownego; wzmożenie wszystkich odruchów ścięgnowych z objawem obustronnym Babińskiego; brak porażeń, objawów móżdżkowych, ocznych i psychicznych. Autorzy przypuszczają cierpienie korowe i pragną wyodrębnić osobną jednostkę chorobową: astéréognosie spasmodique juvenile.

LONG. Sur l'absence fréquente de la contracture permanente dans l'hémiplégie infantile.

Autor opisuje 4 przypadki porażeń połowiczych mózgowych dziecięcych, nie tylko bez przykurczeń, lecz nawet z pewnem zwiotczeniem mięśni. Autor analizuje ruchy u podobnych dzieci, odpowiedzi jednak, objasniających te zjawiska kliniczne, nie daje.

N-r 2. ROUX. Hémiplégie oculaire double, abolition de tous les mouvements volontaires avec conservation des mouvements sensorio-reflexes. Autor opisuje przypadek obustronnego porażenia połowiczego z objawami wrzekomo-opuszkowymi, ze zniesieniem wszystkich ruchów dowolnych obu gałek ocznych z zachowaniem niektórych odruchów. W danym przypadku autor przyjmuje podwójny krwotok w obu ciałach prążkowanych (przypadek bez sekcji). Szczegółowo rozpatruje ośrodek czuciowo-ruchowy dla ruchów dowolnych gałek ocznych, umiejscawiając go u podstawy drugiego zakrętu czołowego i ośrodek zmysłowo-ruchowy, przypuszczalnie umiejscowiony w zakręcie kątowym (gyrus angularis).

NOICA i V. DUMITRESCU. Sur le relachement des muscles dans l'hémiplégie organique.

Autorzy rozpatrują dwa rodzaje porażeń połowiczych z wrzekomą hyper—i hypotonią, którym dają inne objaśnienie, a mianowicie: w przypadkach porażeń połowiczych ze wzmożeniem odruchów ścięgnowych i z pewnym stopniem przykurczeń, kiedy

kąt, wytworzony przez zgięte przedramię i ramię, jest mniejszy po stronie chorej, niż po zdrowej, mamy do czynienia nie z osłabionem napięciem (hypotonią) mięśni, lecz z porażeniem głębszem mięśni. Porażenia owe powodują brak wszelkich przykurczeń ze strony mięśnia trójgłowego. Przeciwnie, kiedy wspomniany wyżej kąt jest większy, zależy to od mniejszego porażenia mięśni, od większego stopnia ich przykurczeń, a zwłaszcza od przykurczenia mięśnia trójgłowego.

N-r 3. DUFOUR i COTTENOT. Des vomissements incoercibles de la grosesse dans leurs rapports avec les lésions du système nerveux.

Na mocy dwóch własnych przypadków i czterech z piśmiennictwa autorzy przychodzą do wniosku, że wiąd rdzenia może stanowić pierwotną przyczynę nieustannych wymiotów w ciąży. Napady żołądkowe, dające obraz kliniczny nieustannych wymiotów, spotykanych w ciąży, zwykle choć z mniejszą siłą trwają i po wywołaniu poronienia. Dalej, opierając się na 14 spostrzeżeniach klinicznych, zebranych przez Pugo, dotyczących zapalenia wielonerwowego w przebiegu ciąży, autorzy przypisują wielką rolę w nieustannych wymiotach w ciąży schorzeniu nerwu błędnego. Autorzy zalecają dokładne badanie stanu nerwowego w przypadkach nieustannych wymiotów w ciąży. Wywołanie poronienia zwykle bywa w tych razach nieuniknione.

FROMENT i MAZEL. Aphasie motrice, coexistence du signe de Lichtheim-Dejerine et de paraphasie en écrivant, troubles latents de l'intelligence.

27 letni mężczyzna po urazie dostał zaburzeń mowy, polegających na niemożności nazywania rozmaitych przedmiotów i powtarzania wyrazów, przy zachowaniu zdolności dokładnego określania, z ilu sylab i liter składa się wyraz, oznaczający nazwę danego przedmiotu (objaw Lichtheim'a i Dejerine'a); w pisaniu wybitna paragrafia, ani śladu głuchoty i ślepoty wyrazowej. Inteligencja niemal zachowana. Autorzy uważają przypadek swój za pośredni pomiędzy niemotą ruchową czystą, a niemotą Broca, i odrzucają podział niemoty na korową i na podkorową, jako nie wytrzymujący ścisłej krytyki.

N-r 4. LONG. Deux observations anatomo-cliniques de syndrome thalamique.

Przypadek I. Chory lat 70. Przed 3-ma laty porażenie połowicze lewe. Objawy ruchowe wkrótce zupełnie niemal ustąpiły, nie zostawiając po sobie ani śladu stanu kurczowego. Brak drżenia stopy, brak objawu Babińskiego. Natomiast stwierdzono zaburzenia wszystkich rodzajów czucia po stronie lewej, oprócz tego po tej samej stronie — bezład i astereognozję. Chory skarży się na bóle napadowe w lewej połowie ciała. Brak hemianopsji, brak zaburzeń ocznych. Klinicznie rozpoznano „zespół

wzgórkowy" (syndrome thalamique), uwarunkowany cierpieniem dolno-zewnętrznej części wzgorka czworaczego.

Sekcja stwierdziła: jedno ognisko, położone w odcinku tylno-soczewicowem torebki wewnętrznej, sięgające do części tylnej jądra zewnętrznego wzgórka wzrokowego i części środkowej poduszki (pulvinaris). Drugie ognisko zajmowało istotę białą w zakręcie nadbrzeźnym (gyrus supramarginalis).

Przypadek II. Porażenie połowicze prawe lekkie z objawem Babińskiego w ciągu 2-ch dni, potem z brakiem tego objawu. Znieczulenie połowicze powierzchowne i głębokie, bezład połowiczy, hemianopsja. Bóle w prawej ręce. W końcu choroby hemianopsja obustronna i zaburzenia równowagi. Anatomicznie: liczne ogniska rozmiękczenia w obu płatach potylicowych, w części ośrodkowej lewej półkuli i w móżdżku. Zespół wzgórkowy zależny był od ogniska, zajmującego jądro wewnętrzne wzgórka wzrokowego i poduszki i ciągnącego się w górnej części okolicy wzgórkowej do t. zw. okolicy podwzgórkowej; tylny odcinek torebki wewnętrznej był nietknięty zupełnie; włókna rzutowe, wychodzące z tej okolicy, zostały uszkodzone wyżej jako wieniec promienisty, niżej w szypułce mózgowej i w moście.

Autor podnosi, że hemianopsja nie jest koniecznym objawem zespołu wzgórkowego, jak tego dowodzi 1-szy przypadek.

ROUX. De la myotonie dans la maladie de Parkinson.

Autor opisuje przypadek choroby Parkinsona z objawami myotonicznymi, występującymi przy chodzeniu w mięśniach tułowia. Jako tło patologiczne tej sprawy autor uważa schorzenia anatomiczne i fizjologiczne sarkoplazmy mięśni. Anatomicznie autor przypuszcza stwardnienie mózgu wysepkowe w okolicy podwzgórkowej (cerebro-sclerosis lacunaris in regione subthalamica).

N-r 5. RICALDONI. Paralysie associée bilaterale de la VI et de la VII paire à évolution successive ou serpigineuse, hemispasme facial résiduel.

Autor opisuje przypadek, dotyczący 32 letniej kobiety, u której stopniowo i kolejno rozwijały się porażenia nerwu VII i VI po stronie prawej, potem w porządku odwrotnym, a więc VI i VII, po stronie lewej; lekki kurcz twarzowy połowiczy lewy był jedyną pozostałością po tem porażeniu.

Autor rozpatruje szczegółowo najrozmaitsze t. zw. skojarzone porażenia nerwów czaszkowych.

PARISOT. Le rôle de l'hypophyse dans la pathogénie de l'acromegalie.

Autor na mocy rozbioru spostrzeżeń obcych i własnych przychodzi do wniosku, że nie mamy prawa twierdzić, iż nadmierna lub niedostateczna czynność samej przysadki jest przyczyną akromegalji; uszkodzenie przysadki jest warunkiem nie-

zbędnym, lecz niedostatecznym do wywołania zespołu, właściwego temu cierpieniu, chodzi tu raczej o cierpienie jednoczesne gruczołów płciowych, tarczycy i przysadki.

N-r 6. BOUCHAND. Un cas de dysartrie avec cécité verbale, hémianopsie, agraphie, aphasie amnésique et accés de pleurer et de rire spasmodiques. Ramollissement cérébral.

60 letni mężczyzna za życia przedstawiał objawy dyzartrji, ślepoty słownej, hemianopsji, agrafji, afazji amnestycznej, napadów kurczowego płaczu i śmiechu. Sekcja wykazała liczne ogniska rozmiękczenia, dotyczące nawet ośrodków głuchoty wyrazowej i znieczulenia połowiczego, czego za życia nie stwierdzono. — Przypadek nie wyzyskany należycie.

DUMOLARD i FLOTTES. Syndrome de Landry à forme de méningo-myélite aigue diffuse évoluant chez un malade paludien et saturnin. Lymphocytose du liquide céphalo-rachidien. Guérison rapide en quelques jours.

Przypadek dotyczył 36 letniego mężczyzny z Algieru, mającego do czynienia z ołowiem; w przebiegu gorączki błotnej dostał on porażenia wstępującego o charakterze rdzeniowym z zaburzeniami czucia, z zanikiem odruchów ścięgnowych i z objawem obustronnym Babińskiego; w płynie mózgowo-rdzeniowym wybitna limfocytoza. Po paru dniach wszystkie te objawy zniknęły. Chory zupełnie wyzdrowiał. Autor podnosi etjologję cierpienia.

St. Kopczyński.

JOURNAL DE NEUROLOGIE 1910 r.

N-r 1. RODIET ET PANSIER. Rétrécissement du champ visuel et troubles de la vision des couleurs chez les paralytiques généraux.

Autorowie badali 30 chorych, dotkniętych porażeniem postępującęm, i przyszli do następujących wniosków. Zaburzenia wzrokowe nie są w tem cierpieniu częste, zwykle rozwijają się bardzo powoli i trudno je stwierdzić z powodu stanu umysłowego chorych. Zwężenie pola widzenia może istnieć w pierwszym okresie choroby wtedy nawet, gdy wziernik nie wykazuje żadnych zmian. Prawie zawsze takie zwężenie pola widzenia zależy od zatrucia, najczęściej alkoholem, lub od przymiotu; ślepota na barwy, zdarzająca się zresztą w porażeniu postępującem bardzo rzadko, nie przedstawia żadnych cech charakterystycznych.

N-r 2. J. HAMEL. Contribution à l'étude du syn-

drome confusionnel considéré comme premier stade de la démence précoce. Evolution de ces états sur un terrain diathésique particulier. Essai du traitement.

Choroby umysłowe są tylko przejawami pewnej skazy ustrojowej (moczanowej, zołzowej, żółciowej i t. p.); przyczyny ogólnego charakteru wywołują to lub inne cierpienie zależnie od podłoża. Autor twierdzi, że przedwczesne otępienie zależy od swoistej skazy, usposabiającej chorych do otępienia umysłowego w samozatruciach różnego pochodzenia. Chorzy tacy są skłonni do gruźlicy. Skaza ustrojowa polega na niedostatecznej ilości soli mineralnych i ma dużo wspólnego ze skazą lymfatyczną. Wzmożona utrata soli mineralnych usposabia do zakażeń, które czasami wywołują stany pomięszania umysłowego, mogące przejść w otępienie przedwczesne. Podawanie soli mineralnych według Ferrier i Letulle dało autorowi w podobnych przypadkach bardzo dobre wyniki zarówno co do stanu psychicznego, jak i co do stanu ogólnego.

Zygmunt Messing.

LA SÉMAINE MEDICALE R. 1910.

N-r 3. J. LHERMITTE et H. SCHAEFFER. Les phénomènes réactionels du ramollissement cérébral aseptique, leurs caractères différentiels d'avec l'encéphalite compliquée de ramollissement.

Praca doświadczalna i histologiczna; omawia ona szczegółowo różne objawy fagocytozy w tkancz nerwowej, ulegającej rozmiękczeniu bezgnilnemu. Rolę fagocytozy wypełniać mogą zarówno białe ciałka krwi, jak elementy blaszki zarodkowej środkowej, pochodzące z opon, z przestrzeni okołonaczyniowych i środbłonka; wreszcie wybitną czynność fagocytarną pełnią też komórki gleju. Autorowie podają szereg szczegółów o stopniowym rozwoju przeobrażeń histologicznych, którym ulega tkanka nerwowa, pozbawiona dopływu krwi, zestawiają wyniki swych badań doświadczalnych z danemi badaczy współczesnych, poddają je ocenie krytycznej. — Wskazane piśmiennictwo.

N-r 11. LHERMITTE. De quelques signes nouveaux de l'hemiplégie organique.

Autor omawia wartość rozpoznawczą niektórych nowych objawów klinicznych, które Souques, Klippel i Weit, Reimist, Neri i Claude spostrzegali w przypadkach bezwładu połowiczego pochodzenia organicznego. Podane piśmiennictwo.

N-r 13. PIERRE BOVERI. De la nevrite hypertrophique familiale (type Pierre Marie).

Autor kreśli szczegółowy obraz rodzinnego cierpienia, które P. Marie w 1906 r. po raz pierwszy wyodrębnił i opisał pod nazwą: „Une forme spéciale de nevrite interstitielle hypertrophique progressive de l'enfance". Postać tę należy odróżniać od cierpienia, opisanego w 1893 r. przez Dejerine'a i Sottas'a: „Nevrite interstitielle hypertrophique et progressive de l'enfance", zwybitnie rozwiniętymi objawami wiądu, których w postaci Mariego brak zupełnie. W obrazie klinicznym omawianej postaci na plan przedni wysuwają się: zniekształcenie stopy (pied creux), i w mniejszym stopniu dłoni (main creuse), mowa skandowana, drżenie zamiarowe, wysadzenie gałek ocznych, wybitnie rozwinięte skrzywienie kręgosłupa tylno-boczne, dający się wyczuć przerost nerwów obwodowych (niebolesnych na ucisk), ograniczone zaniki mięśni w poszczególnych tylko grupach mięśniowych lub oddzielnych mięśniach kończyn dolnych, na górnych zaś tylko w mięśniach dłoni. Histopatologiczne zmiany każą również odróżniać te dwie postaci chorobowe. Przedewszystkiem przerost łączno-tkankowy w nerwach obwodowych dotyczy w chorobie Mariego jedynie prawie otoczki Schwanna; przerostu w tkance okołonerwowej oraz wewnątrzpęczkowej brak. Naczynia są stwardniałe. Jeżeli są objawy przerostu w ogonie końskim, to bardzo małe, gdy w postaci Dejerine'a i Sottas'a znaczne. W korzeniach, w nerwach czaszkowych, zwojach międzykręgowych przerostu brak. W rdzeniu są zmiany nietylko w słupach tylnych (w pęczkach Golla), lecz również w torach piramidowych, w pęczkach przednio-bocznych, w drogach móżdżkowych i niektóre inne. Zapowiedziane przez Boveriego szczegółowe opracowanie badania anatomopatologicznego uwydatni jeszcze bardziej różnice histologiczne obu cierpień przerostowych nerwów obwodowych.

Jul. Rot.

REVUE DE MÉDICINE N-r 3. 1910.

KLIPPEL et CHABROL. Le nanisme mitral myxoedémateux.

Francuzi rozróżniają, jak wiadomo, infantylizm rzeczywisty pochodzenia tarczycowego, opisany dokładnie przez Brissaud'a, i infantylizm wrzekomy (anangioplastyczny) pochodzenia naczyniowego typu Lorain'a. Opisują też typ mieszany (type hybride), w którym śluzobrzęk rozwija się na tle infantylizmu wrzekomego. W r. 1910 Gilbert i Rather opisali szczególną odmianę niedorozwoju układu naczyniowo-sercowego z dystrofią ogólną: nanisme mitral. Autorzy stawiają sobie pytanie: jaki jest udział zaburzeń gruczołu tarczowego

w zespole kliniczno-patologicznym, charakteryzującym się przez karłowatość ogólną i zwężenie zastawki dwudzielnej. Przypadek dotyczy 16-letniej nie gruźliczej panny, o objawach klinicznych niedokurczania się serca i infantylizmu tarczowego; anatomicznie: niedorozwój układu tętniczego i zwężenie zastawki dwudzielnej obok stwardnienia gruczołu tarczowego; inne gruczoły o wydzielaniu wewnętrznem normalne. W wywiadach liczne zakażenia w wieku dziecięcym. Autorzy rozbierają, nie rozstrzygając sprawy ostatecznie, trzy istniejące hypotezy: 1) Potain—Teissier'a, dowodzącą, że zmiany odżywcze są pierwotne, a zwężenie zastawki wtórne, 2) Huchard Brissaud'a, dowodzącą odwrotnego stosunku i 3) twierdzącą, że oba zespoły są skojarzone.

Z pracy omawianej, zdaje się, wynika, że upośledzenie gruczołu tarczowego towarzyszy zarówno infantylizmowi typu Lorain'a jak i karłowatości z wadą zastawki dwudzielnej.

E. JOB et J. FROMENT. La poliomyélite aigue. Etude epidemiologique.

Autorzy przeprowadzają przegląd krytyczny wiadomości bakterjologicznych, doświadczalnych, historycznych i etiologicznych, zebranych podczas epidemji dawniejszych Europy północnej, Szwecji i Norwegji i nowszych w Europie środkowej.

Druga część pracy ma nastąpić.

HAURY. La psychiatrie dans l'armée.

Lekarz wojskowy Haury rozpoznaje porównawczo we wstępie postanowienia, dotyczące obłąkanych w armji, przedsięwzięte po odczytach Challan de Belleval'a i Régis'a w r. 1895 na zjeździe w Bordeaux oraz po referatach odnośnych Taty'ego z r. 1899 na zjeździe w Marsylji. Ostatnie uchwały ze zjazdu neurologów i psychjatrów francuskich w Nantes (w Lipcu 1909 r.) posuwają sprawę klasyfikacji i opieki nad chorymi umysłowo wojskowymi, zdaniem Haury'ego, o wielki krok naprzód.

W. MESTREZAT. Analyse du liquide céphalorachidien dans la méningite cerebro spinale à meningocoques.

Na zasadzie 3 przypadków autor wyprowadza wnioski, ułatwiające jakoby znacznie rozpoznanie różniczkowe między epidemiczną postacią zapalenia opon z jednej, a licznemi innemi postaciami z drugiej strony. W pierwszej postaci: ilość białka przewyższa 3‰, ilość cukru wynosi 0,12—0,25‰, ilość chlorków - 6—7‰, ilość wyciągu przewyższa 13‰, punkt zamarzania $\triangle$ jest nieco niższy od normalnego, przepuszczalność względem azotanów waha się między 45 a 55 miligramów na litr płynu.

(Przypisek sprawozdawcy: Szkoda że autor nie podaje fizyczno-chemicznych własności normalnego płynu mózgowordzeniowego. Odnośne wyczerpujące dane znajdują się w dużej nowszej

pracy R e h m'a, ogłoszonej z rysunkami A l z h e i m e r'a, w 3-im tomie N i s s l a „histologische Arbeiten").

SALEBERT et THUBERT. D u s y n d r o m e u r i n a i r e p a r a d o x a l d e l a m é n i n g i t e c e r e b r o - s p i n a l e é p i d e m i q u e.

Autorzy potwierdzają w głównych zarysach skonstatowaną przez L o e p e r'a i S o u r a n d'a w r. 1905 odwrotną formułkę urologiczną (c r î s e p a r a d o x a l e). Wbrew temu, co obowiązuje wszystkie ostre choroby zakaźne, zespół urologiczny w nagminnem zapaleniu opon jest odwrotny; w okresie rozkwitu choroby zwiększenie ilości wydzielanego moczu (poly-, azot- i fosfaturja), w okresie zaś powrotu do zdrowia zmniejszenie ilości moczu i stałych jego składników.

LAFFORGUE. D e u x c a s d e s y n d r ô m e c é r é b e l l e u x p a r h y p e r t e n s i o n d u l i q u i d e c é p h a l o - r a c h i d i e n.

Autor, lekarz wojskowy, opisuje u 2 żołnierzy obraz kliniczny, naśladujący chorobę móżdżku, a powstały prawie ostro z gorączką, bólami głowy, nieprzytomnością, bezładem, zataczaniem się i t. d. W jednym przypadku brak zupełnie czynników etjologicznych, w drugim pacjent był poniekąd alkoholikiem i przechodził świnkę kilka dni przed chorobą mózgową. Kilkakrotne przekłucie lędźwiowe wyleczyło obu chorych, sprowadzając za każdym razem wyraźną, acz przemijącą ulgę. Obraz ten spostrzega się w mocznicy, zatruciu wyskokiem i samozatruciu pochodzenia żołądkowego. Szczególnie uderza zupełny brak elementów morfotycznych w płynie mózgowordzeniowym o znacznie wzmożonem ciśnieniu. Autor mówi o „h y p e r t e n n i o n s é r e u s e" lub „h y p e r h y d r o s e c é r é b r o s p i n a l e", nie chcąc wobec braku odczynu cytologicznego używać nazwy m e n i n g i t i s s e r o s a (Przypisek sprawozdawcy: Sprawy obrzęku mózgowego R e i c h a r d'a i wrzekomy guz N o n n e'g o zdają się być obce autorowi.)

H. Higier.

THE JOURNAL OF NERV. AND MENTAL DISEASES 1910 r.

№ 1. SAUTHARD. A s t u d y o f e r r o r s i n t h e d i a g n o s i s o f g e n e r a l p a r e s i s.

Autor w 41 przypadkach klinicznie rozpoznał porażenie postępujące. Z tych 6 przypadków, zbadanych anatomo-potologicznie, nie potwierdziły rozpoznania, zaś 35 (czyli 85%) dały wyniki zgodne z kliniką.

Z 6 przypadków, mylnie rozpoznanych, w jednym okazał się wiąd rdzenia i zmiany wybitne w tkance mózgowej na tle zwapnienia tętnic. W drugim przypadku był wiąd rdzenia i lek-

kie zaniki płatów: czołowego, ciemieniowego i skroniowego. W trzecim—stwardnienie mózgu (sclerosis cerebri). W czwartym— maleńkie torbiele naskutek rozmiękczenia tkanki nerwowej w obu jądrach zębatych móżdżku i rozlane zaniki zakrętów mózgowych zapewne naskutek spraw naczyniowych. W piątym—również zwapnienie naczyń w okolicy jąder zębatych móżdżku, zakrętów czołowych i prawego wzgórku wzrokowego. Wreszcie w 6-ym przypadku było zapalenie rdzenia i opon, rozlane zaniki mózgu i ogniskowe rozmiękczenia mózgu.

W żadnym z tych przypadków nie znaleziono komórek plazmatycznych w tkance nerwowej, we wszystkich jednak były stwierdzone zmiany anatomo-patologiczne tej tkanki.

Autor uznaje, że niedostatecznie korzystał z tak ważnego środka klinicznego, w celach rozpoznawczych, jak przekłucie lędźwiowe, wykonał je bowiem tylko w dwu przypadkach. W jednym z nich (zwapnienie naczyń, jądra zębate z ogniskami rozmiękczenia) oprócz zwiększonej ilości elementów morfologicznych, wykryto jakoby komórki plazmatyczne w płynie mózgowordzeniowym, w tkance nerwowej jednak ich nie było.

CAMP. Type and distribution of sensory disturbances due to cerebral lesion.

40-letni mężczyzna uległ urazowi: w prawej połowie głowy utkwił mu kawałek stali. Wystąpiło lewostronne porażenie. Po wyjęciu stali nastąpiła poprawa. Badanie czucia u chorego dało niezmiernie ciekawe wyniki: obniżenie czucia dotykowego wystąpiło na lewej połowie ciała, głównie dotyczyło to dłoni i stopy (granica nie odpowiada ściśle środkowej linji ciała) Bardzo upośledzone było umiejscowienie dotknięć.

Zmiany odczuwania bólowych podniet były niezwykłe: oto górna część klatki piersiowej oraz wewnętrzna część przedramienia zachowały normalne czucie bólowe (w obrębie od 1—5 odcinka grzbietowego), pozatem lewa strona ciała wadliwie odczuwała ból (ukłucie jako jakieś przykre nieokreślone wrażenie bólowe), i wreszcie dłoń lewa, zewnętrzna strona kończyny górnej oraz stopa nieodczuwały zupełnie ukłuć.

Gorąca i zimna nie odróżniał chory na całej lewej połowie ciała, granica ściśle odpowiadała linji środkowej.

Zmysł mięśniowy zniesiony w palcach dłoni i stopy, w stawach napięstkowym i skokowym.

Czucie wibracyjne—zupełnie zniesione w kłykciu kości udowej, w rzepce i kostce goleniowej, zlekka upośledzone w kości ramieniowej i promieniowej, normalne—w pozostałych kościach.

Ucisk na mięśnie sprawiał choremu ból.

Chory nie umiał określić przedmiotów, umieszczonych w lewej dłoni.

ZENNER. Two cases of tumors of pons.

I przyp. 5-letni chłopiec nagle zaczął zezować, dostał bólów głowy, wymiotów. Objaw niedowładu lewego mięśnia odwodzącego to znikał, to powracał, wreszcie utrwalił się. Chłopiec stał się smutny, zmęczony, ziewał często. Tętno 60. Wystąpiło zachłystywanie się podczas przyjmowania płynów. Prawe kończyny osłabione. Podczas snu zaczęły występować kurcze drgawkowe w lewej, a czasem i w prawej połowie ciała. Zatrzymanie moczu.

Przy badaniu wykrywa się niezręczne i zlekka osłabione ruchy prawych kończyn; zbaczanie języka na prawo; objaw Babińskiego prawostronny. Co do nerwu twarzowego—nic pewnego nie można zaznaczyć. Obustronne zapalenie n. wzrokowego z wybroczynami. Czucie zachowane.

Zwolna wszystkie objawy coraz bardziej zaznaczają się. Zjawia się brodawka zastoinowa obustronnie. Znika odruch z lewej rogówki. Wzrok w lewym oku słabnie. Chory nie może utrzymać głowy. Rozpoznano nowotwór w lewej półkuli móżdżkowej. Operacja. Nowotworu nie znaleziono. Zejście śmiertelne.

Przy badaniu anatomicznem znaleziono nowotwór (glejak) w środku mostu. Nowotwór zniszczył głównie lewą połowę mostu i przechodził do odnóg móżdżkowych. Prawa połowa mostu również ucierpiała.

II przyp. (bez badania anatomo-patologicznego) dotyczy 20-letniego mężczyzny, u którego nagle wystąpiło porażenie lewego nerwu odwodzącego i bardzo słaby stopień prawostronnego niedowładu. Ani bólów głowy, ani brodawki zastoinowej nie było. Wkrótce zjawiło się porażenie lewego nerwu twarzowego, prawego n. odwodzącego, prawego n. twarzowego, lewych kończyn i wreszcie na kilka dni przed śmiercią lewego n. słuchowego. Całe cierpienie trwało 10 tygodni. Leczenie swoiste nie dało żadnej poprawy. Autor rozpoznał nowotwór mostu z zajęciem odpowiednich nerwów.

№ 2. KNAP. The reflexes in hysteria.

Babiński twierdzi, iż w histerji niema wzmożenia odruchów ścięgnowych; tylko objawy, powstające naskutek suggestji i znikające pod wpływem przekonywania, należy zaliczyć do rzędu histerycznych.

Aby sprawę tę rozstrzygnąć, autor badał odruchy u 100 osobników histerycznych. W 86 przypadkach znalazł on wzmożenie odruchów kolanowych, przyczem wzmożenie tylko nieznacznie przewyższało to, co się spostrzega u ludzi zdrowych, lecz silnie zdenerwowanych. W 7 przypadkach widział odruch stopy drgawkowy czynnościowy, lecz nigdy istotny; nigdy również nie było zniesienia odruchów.

Normalnie niema różnicy pomiędzy odruchami prawej i lewej połowy ciała, u histeryków zaś autor w 57 przypadkach stwierdził ten objaw. W 38 przyp. było wzmożenie odruchów

po stronie czuciowo upośledzonej, w 19 zaś — po stronie przeciwnej.

Odruchy skórne również były niejednakowe obustronnie: w 47 przyp. po stronie, czuciowo upośledzonej, odruchy skórne były słabsze lub brakowało ich zupełnie.

Wbrew więc twierdzeniu Babińskiego autor znalazł w histerji nietylko objawy pitjatyczne.

BARRETT. A case of pure word-deafness with autopsy.

Chory 45 l. nagle na krótki przeciąg czasu stracił władzę w kończynach dolnych. W 52 roku życia wystąpiły wybitne zaburzenia psychiczne. W 67 roku stan jego znacznie pogorszył się i wreszcie chory nagle stracił mowę. Powoli mowa poprawiła się w znacznym stopniu.

Badanie chorego wykazało niedowład oraz bezład kończyn dolnych, brak odruchów kolanowych, nierówność źrenic.

Mowa dowolna chorego względnie dobrze zachowana, choć wykazuje często cechy parafazji. Pisanie dowolne i rysowanie dobrze zachowane. Przepisywanie — zachowane. Drukowane oraz pisane pismo czyta nieźle i rozumie treść jego. Natomiast chory zupełnie nie rozumie co się do niego mówi. Słyszy słowa, lecz powtórzyć ich nie może. Nie jest w stanie również napisać dyktowanych mu słów. O ile daje się wnioskować z rozmaitych prób mowa wewnętrzna jest zachowana.

Chory nie wykazuje żadnej apraksji; przedmioty poznaje dobrze zarówno, jak i barwy; dobrze również nazywa przedmioty, umieszczone w ręku (oczy ma przytem zamknięte).

Jest to przypadek czystej podkorowej afazji zmysłowej.

Badanie pośmiertne wykazało stare ogniska rozmiękczenia tkanki nerwowej w 1 i 2 zakrętach skroniowych w obu półkulach mózgowych. W okolicach tych była zniszczona kora mózgowa oraz włókna, z kory idące.

TAYLOR. Periosteal cyst formation. An unusual effect of intracranial pressure.

35-letni mężczyzna od 8 lat cierpi na napady padaczki. Ostatnio dopiero wystąpiła brodawka zastoinowa obustronnie. Rozpoznano nowotwór mózgu o nieznanem umiejscowieniu. Wykonano otwarcie czaszki w okolicy lewego płatu czołowego. Wzmożone ciśnienie wewnątrzmózgowe spowodowało wypięcie tkanki mózgowej po za otwór kostny. Ranę zaszyto. Przez pozostałych kilka miesięcy życia chory w okolicy operowanej miał torbiel sprężystą, czasem mniej, czasem więcej napiętą. Duchowa niemota, jakiej chory uległ natychmiast po operacji, zwiększała się w okresie wzmożonego napięcia torbieli.

Badanie pośmiertne wykazało pod skórą czaszki torbiel, której zewnętrzna ściana była utworzona przez okostnę. Wnętrze

torbieli łączyło się z przednim rogiem komory bocznej. Boczne ściany torbieli były wysłane zniszczoną tkanką mózgową. Na podstawie mózgu znaleziono dość duży nowotwór (mięsak), otaczający nerw trójdzielny.

Niezwykły w przypadku tym jest brak objawów nowotworu mózgu w przeciągu 3 lat istnienia nowotworu. Ze strony nerwu trójdzielnego, otoczonego zupełnie nowotworem, również nie było żadnych objawów podmiotowych, przedmiotowo zaś sprawność jego nie była sprawdzana.

Po operacji, wykonanej w okolicy ośrodka prawej kończyny górnej, żadne porażenie nie wystąpiło, natomiast chory dostał afazji ruchowej, aczkolwiek ośrodek Broca był nietknięty. Afazję należy tłomaczyć nadwerężeniem włókien, wiodących do ośrodka, wskutek gwałtownego wypchnięcia mózgu w otwór kostny; tworząca się następnie torbiel nie pozwoliła choremu odzyskać zdolności mowy.

Zylberlastówna.

THE LANCET, 1910, STYCZEŃ, LUTY, MARZEC.

N-r 1. ELLIOT SMITH. On some problems relating to the evolution of the brain. Lancet, 1, 3, 4.

W pracy tej streszcza autor badania swoje nad rozwojem i anatomją mózgu u niektórych gatunków zwierząt (workowatych, jednoodchodowych, ssących).

N-r 2. HARVEY CUSHING. On recent observations on tumours of the brain and their surgical treatment.

W przeciągu 10 miesięcy autor wykonał 84 operacji w 64 przypadkach; operacja była bądź radykalna (wyłuszczenie nowotworu), bądź też paliatywna w tych przypadkach, gdy nowotwory były niedostępne dla noża, lub też dokładne umiejscowienie okazywało się niemożliwem. Z pośród 23 przypadków operacji radykalnej w 16 nastąpiło wyzdrowienie lub znaczna poprawa, w 3 — zejście śmiertelne naskutek zbyt wielkich rozmiarów nowotworów, w pozostałych także zejście z innych powodów. Paliatywną operację autor wykonał w 41 przypadkach; polegała ona na zmniejszeniu ciśnienia „podskroniowego" (subtemporal) lub „podpotylicowego" (suboccipit.); w 5 — śmierć nastąpiła bezpośrednio po operacji, w 15 — chorzy żyli krótko, w 21 — nastąpiła poprawa, niekiedy tak znaczna, że chorzy mogli po-

wrócić do zwykłych zajęć. Co się tyczy operacji móżdżkowych, to autor radzi wykonać operację tak, żeby były widoczne obie półkule móżdżkowe i tylna część dziury potylicowej. W zakończeniu autor podaje kilka rad ogólnych przy postępowaniu operacyjnem i wyraża życzenie, żeby uczniowie przyszłej szkoły neurologicznej tak się wydoskonalili w technice chirurgicznej w tej dziedzinie, aby sami mogli wykonywać operacje.

N-r 3. ROWLEY MOODY. Friedreich's Ataxia.

Moody opisuje typowy przypadek choroby Friedreicha u dziewczyny, u której cierpienie rozpoczęło się w 21-ym roku życia. Z pośród 8-ga rodzeństwa 2 siostry i jeden brat przedstawiali objawy tej samej choroby; podobno również babka matki dotknięta była analogicznem cierpieniem. U swojej chorej autor stosował leczenie wyciągiem z gruczołu tarczowego i zalecił noszenie gorsetu. Poprawy widocznej nie było, po 11 jednak latach od początku choroby stan prawie nie uległ pogorszeniu.

N-r 4. PRATT JOHNSON. A case of acute cerebro-spinal meningitis with several choreiform movements.

Autor opisuje przypadek ostrego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych z szybkim rozwojem; nakłucie lędźwiowe wykazało ziarenkowce Weichselbauma. Po 60 godzinach od początku choroby nastąpiła śmierć. Autor zwraca szczególną uwagę na stały, bez przerwy, niepokój ruchowy we wszystkich kończynach; ruchy te najbardziej, zdaniem autora, przypominały ruchy pląsawicze.

Na sekcji stwierdzono ropne zapalenie opon mózgu, zwłaszcza na półkulach; najsilniejsze zapalenie autor stwierdził w okolicy górnej części brózdy Rolanda obustronnie i tem objaśnia ruchy pląsawicze w kończynach.—W oponach rdzenia nie stwierdzono ropy, było tylko wybitne nacieczenie naczyń.

N-r 5. LEONARD LEY. A case of spinal meningocele; operation when forty hours old; recovery.

Opis przypadku meningocele (nie myelomeningocele); guz zawierający oponę rdzenia był wielkości piłki tennisowej; ze względu na niebezpieczeństwo, grożące życiu dziecka, zdecydowano się na wykonanie operacji na trzeci dzień po urodzeniu się dziecka. Operację wykonano z dobrym wynikiem.

Autor obserwował dziecko to 2½ miesiąca po operacji.

P. HERRINGHAM and C. M. HINDS HOWELL. A case of pontine tumour producing dissociated hemianaesthesia.

U chorego lat 36 na rok przed śmiercią wystąpiło porażenie lewego nerwu twarzowego; w jakiś czas potem przyłączyło się do tego dwojenie przy patrzeniu w lewo (paresis n. abdu-

centis sin.); nierówność źrenic. Od tego czasu chory miał częste zawroty głowy. Kilka tygodni przed śmiercią chory zaczął cierpieć na stały ból głowy; kilkakrotnie wymiotował.

Przy badaniu przedmiotowem autorzy stwierdzili, że wzrok był dobry, pole widzenia nie zwężone, dno oka normalne (dopiero 2 tygodnie przed śmiercią stwierdzono tarczę zastoinową). Siła kończyn górnych i dolnych obustronnie jednakowa. Przy staniu i przy chodzeniu chwianie. Prawa źrenica szersza od lewej. Porażenie lewego nerwu twarzowego i lewego nerwu odwodzącego. Drżenie gałek ocznych; dwojenie się w oczach przy patrzeniu na lewo; osłabienie lewego żwacza. Podniebienie miękkie i struny głosowe zachowują się normalnie. Odruchy ścięgnowe po stronie prawej wzmożone (z prawej strony odruch stopy drgawkowy). Czucie bólowe i ciepłotne zupełnie zniesione na całej prawej połowie ciała (także i na twarzy); czucie dotykowe zachowane. Oprócz tego zniesienie czucia dotykowego na lewej połowie twarzy od brwi aż do podbródka, na śluzówce nosa i policzka, na podniebieniu i na języku po stronie lewej; czucie bólowe i cieplikowe było tutaj zachowane.

Rozpoznania za życia nie można było postawić. Na sekcji znaleziono 2 nowotwory: pierwszy, wielkości około 3 ctm., wychodził z błony śluzowej nosa, nie wrastał jednak do mózgu; nowotwór ten uciskał V prawy i VI lewy nerwy; skrzyżowanie i pasmo wzrokowe nie uległy uciskowi; drugi nowotwór znajdował się w lewej połowie mostu i składał się z 2-ch części: z torbieli i z części zbitej; część zbita nowotworu uciskała lewe nerwy VII i VIII, zlekka IX, X i XI; VI i XII nie uległy uciskowi. Badanie histologiczne wykazało rozlane zwyrodnienie w moście, w śródmózgowiu i w zwojach podstawy mózgu, a także w lewej środkowej szypułce mózgowej. Przypadek ten stwierdza, że włókna czuciowe dla bólu, ciepła i zimna, przebiegają w moście osobno od dróg czuciowych dla dotyku tak, jak i w rdzeniu.

N-r 6. JAMES TAYLOR. Some points in the diagnosis and treatment of certain nervous affections.

W pierwszej części swojej pracy autor omawia niektóre trudności w rozpoznaniu wiądu rdzenia, zawrotów głowy, myastenji i padaczki; w krótkości podaje najważniejsze objawy tych cierpień. W drugiej części mówi o leczeniu tych chorób. Praca nie przynosi nic nowego.

N-r 7. K. BREMER. The variability of the lesions in polioencephalomyelitis.

W pracy tej autor przedstawia statystycznie, jakie spostrzegał porażenia w 171 przypadkach zapalenia substancji szarej rdzenia i mózgu.

ODERY SYMES. A fatal case af acute anterior poliomyelitis.

Przypadek zasługiwał, zdaniem autora, na ogłoszenie po pierwsze z powodu ostrego napadu gorączkowego, trwającego tylko jeden dzień, na tydzień przed wybuchem cierpienia; dowodzi to pochodzenia zakaźnego choroby. Po drugie z powodu wystąpienia w czasie choroby niedowładu nerwu twarzowego, co zresztą w przebiegu omawianego cierpienia było notowane kilkakrotnie; dowodzi to, że w t. zw. porażeniu rdzeniowem ogniska występować mogą w rozmaitych częściach układu nerwowego. Najprawdopodobniej jad chorobotwórczy ma szczególne upodobanie do szarej substancji całego układu nerwowego ośrodkowego; dzięki temu w chorobie tej przeważają bądź objawy mózgowe, bądź rdzeniowe, niekiedy nawet objawy zajęcia nerwów obwodowych.

N-r 8. RICHARD ROPER. A case of spinal meningitis resembling tumour of spinal cord; laminectomy; recovery.

Cierpienie rozpoczęło sie od bólów w kończynach górnych; po 6 miesiącach zaczęły słabnąć kończyny dolne i później górne. Zaburzenia w oddawaniu moczu, z początku zatrzymanie, pod koniec nietrzymanie. Badanie przedmiotowe w rok od początku choroby wykazało: w nerwach czaszkowych żadnych zmian, osłabienie kończyn górnych, porażenie zupełne dolnych, napięcie mięśniowe w kończynach dolnych wzmożone; odruchy ścięgnowe z kończyn dolnych bardzo żywe, obustronnie objaw drgawkowy stopy i rzepki, obustronnie objaw Babińskiego, odruchów brzusznych nie można wywołać, żadnych zmian odżywczych. Zupełne zniesienie czucia w całej dolnej połowie ciała, począwszy od linji, przechodzącej 2 palce powyżej linji sutkowej.

Wobec tego, że leczenie swoiste było bez skutku i objawy ucisku rdzenia wciąż wzrastały, zdecydowano się na wykonanie laminektomji. Usunięto łuki pierwszych czterech kręgów grzbietowych; nowotworu nie znaleziono, przecięto oponę twardą i pod nią również nie stwierdzono guza zgłębnikiem; między oponami były w tym miejscu nieznaczne zrosty.

Po operacji tego samego dnia znikły bóle (które trwały dotychczas prawie bez przerwy przez cały rok); stopniowo i powoli następowała poprawa, tak że po 4-ch miesiącach chory mógł już sam chodzić.

N-r 9. CHARLES MERCIER. A demonstration on cases of mental disower.

Krótki opis 5-iu przypadków, z których zasługuje na wzmiankę następujący: u 8-letniego chłopca z objawami nowotworu mózgu autor przypuszczał guz serowaty (tuberculum solitare) i zastosował leczenie tuberkuliną (nie podano w ja-

kiej postaci); już po pierwszym miesiącu leczenia była znaczna poprawa; poprawa trwa 18 miesięcy.

N-r 10. BYROM BRAMWELL. A case of intracranial tumour with alterations in the colour fields.

4 miesiące przed śmiercią chory lat 56 dostał nagle napadu drgawek w lewej kończynie dolnej i bólu w lewej łydce; napad ten trwał godzinę. Od tego czasu chory miał co kilka tygodni podobne napady, ale już z utratą przytomności. Po 5-ym napadzie wystąpiło porażenie lewej kończyny dolnej. Po kilku tygodniach rozwinęło się stopniowo porażenie i lewej kończyny górnej. Bólów głowy nie było, wymioty były raz jeden. W płynie mózgowo-rdzeniowym wybitna limfocytoza. Na dnie oka tarcza zastoinowa; od czasu stwierdzenia tarczy zastoinowej wybitne zwężenie pola widzenia, zwłaszcza dla barw żółtej i niebieskiej. Objawy ciśnienia wewnątrzczaszkowego stopniowo zwiększały się; zdecydowano się na operację, przypuszczając nowotwór w ośrodku korowym lewych kończyn. Nowotworu nie znaleziono; chory zmarł w kilka dni po operacji na skutek ropnego zapalenia opon i mózgu (zerwał w nocy opatrunek). Na sekcji stwierdzono duży podkorowy nowotwór (glejak) w okolicy ruchowej z prawej strony; nowotwór ten dosięgał bocznej komory i spoidła wielkiego.

Oprócz tego przypadku autor w krótkości podaje opis 3 przypadków nowotworu mózgu ze zwężeniem pola widzenia na wszystkie barwy.

Józef Handelsman.

NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT 1910.

N-r 1. S. GOLDFLAM. Zur Frage des intermittirenden Hinkens.

Praca drukowana w Medycynie 1910 r. N-r 1 i 2.

ED. MÜLLER. Ueber sensible Reizerscheinungen bei beginnender multipler Sklerose.

Na podstawie 90-iu własnych nowych spostrzeżeń stwardnienia rozsianego autor zwraca uwagę na wczesne objawy podrażnienia w tem cierpieniu, a mianowicie: najrozmaitsze parestezje, bóle „palące“ w plecach, „błyskawiczne“ w kończynach i pasie, bóle stawowe i mięśniowe, przyjmowane często za gośćcowe, nie wzmagające się jednak wskutek ucisku na mięsień, bóle przebiegające pod postacią rwy kulszowej, wreszcie zwężenie oraz palenie w kanale moczowym podczas oddawania moczu. Za ośrodkowem pochodzeniem bólów i parestezji przemawiają: ich występowanie udarowe, częsty ich typ połowiczy, oraz umiejscowienie często rozlane w całej kończynie.

CARL LENNHOFF. Beitrag zur Histotechnik des Centralnervensystems. Praca nie nadaje się do streszczenia.

N-r 2. AL. SAENGER. Ueber die Areflexie der Cornea.

Autor uważa badanie odruchu z rogówki za ważny czynnik rozpoznawczy w rozmaitych cierpieniach mózgu. Odruch ten występuje przy współudziale n. trójdzielnego i n. twarzowego. Oppenheim pierwszy zwrócił uwagę na brak odruchu z rogówki w nowotworach tylnej jamy czaszkowej po stronie guza. Toż samo stwierdził autor w pięciu przypadkach podobnych nowotworów, przyczem niekiedy brak powyższego odruchu występował obustronnie; zdarzały się jednak przypadki, że objawu tego nie można było wykazać. W szeregu innych przytoczonych w pracy przypadkach (udary mózgowe, ogniska rozmiękczenia w mózgu, guz krwawy podoponowy, ropnie mózgowe, nowotwory) stwierdził autor również obecność jedno lub obustronnego braku powyższego odruchu, lub też osłabienie jego w sprawach chorobowych, nie zwiększających ciśnienia wewnątrzczaszkowego. W nowotworach mózgu autor spostrzegał niekiedy brak odruchu z rogówki po stronie przeciwległej guzowi.

A. ULRICH. Ueber die praktische Verwendung des Kochsalzes in der Behandlung der Epilepsie.

Autor przytacza prace doświadczalne H. v. Wyss'a, który, podając zwierzętom w nadmiarze przetwory bromowe, wywoływał zubożenie krwi w chlorki z następnymi objawami zatrucia bromowego (bezład, porażenia i t. d.). Objawy te znikały, skoro wznawiano podawanie zwierzętom soli kuchennej. Opierając się na powyższych pracach, autor w dwóch przypadkach bromizmu u ludzi podawał ze skutkiem jako odtrutkę sól kuchenną.

W myśl stwierdzonego antagonizmu w działaniu na ustrój soli bromowych i chlorków autor experimenti causa przez podawanie 20—30 grm. soli kuchennej na dobę wywoływał napady w 12-stu przypadkach padaczki swoistej oraz Jackson'owskiej. Wszyscy ci chorzy byli uprzednio leczeni bromem, przyczem napady występowały bardzo rzadko.

N-r 3. H. OPPENHEIM. Kurze Mitteilung zur Lehre vom Einfluss der Kopfhaltung auf Hirnsymptome.

Wiadomo, że istnieją objawy mózgowe (zawroty, bóle głowy, wymioty, zmiany w tętnie), których występowanie u osobników, dotkniętych sprawą nowotworową w tylnej jamie czaszkowej, zależne jest od trzymania głowy i ułożenia tułowia. Autor przytacza przypadek nowotworu móżdżkowego, w którym udawało mu się wywołać drżenie gałek ocznych tylko wówczas, gdy chory, leżąc na prawym boku, starał się patrzeć w lewo.

Podobne przypadki przytaczają Bárányi i Casirer; ten ostatni wywoływał w przypadkach nowotworu móżdżku drżenie gałek przez trzykrotne obrócenie chorego. Podobnież w dwóch przypadkach nowotworu w tylnej jamie czaszkowej autor otrzymywał wyraźny brak odruchu z rogówki po stronie guza, skoro tylko chory kładł się na bok przeciwległy guzowi. Objawy te występują jednak nie we wszystkich przypadkach nowotworów móżdżkowych. Istnieją najrozmaitsze metody badania dla wykazania bezładu móżdżkowego, który podczas zwykłego stania i chodzenia pozostaje ukrytym. Autor poleca w tym celu odmianę zabiegu Romberg'a, polegającą na tem, że chory z zestawianemi nogami i zamkniętemi oczyma kilkakrotnie nachyla się i wyprostowywa; wówczas uwydatnia się chwianie.

J. BAUER i P. BIACH. Ueber die Ermüdbarkeit des Babiński'schen Zehenphänomens und seine Beeinflussung durch den Patellarsehnenreflex.

Odruchy skórne wyczerpują się szybciej, aniżeli ścięgnowe. Co do odruchu Babińskiego, to odruch ten, wyczerpany wielokrotnem wywoływaniem, można wywołać nanowo, jeżeli zmieniać kierunek podrażnień skórnych: w poprzek stopy zamiast wzdłuż. Zmiana miejsca podrażnienia tak samo wpływa i na wyczerpany odruch jądrowy. Autorowie przypuszczają, że łatwe wyczerpywanie się odruchów skórnych zależy od wyczerpywania się obwodowych narządów czuciowych.

Aby zbadać wpływ odruchu kolanowego na odruch podeszwowy (wzgl. odruch Babińskiego), autorowie jednocześnie wywoływali obydwa te odruchy na tej samej kończynie, przyczem zauważyli, że u jednych osób odruchy te nie wpływały wzajemnie na siebie, u innych odruch kolanowy hamował, jeszcze u innych wzmagał odruch Babińskiego. Ponieważ powyższe wzajemne oddziaływanie nie może zależeć od działania mięśni przeciwniczych (obydwa te odruchy bowiem są wyprostne), autorowie przypisują więc główną rolę w powstawaniu tego zjawiska wpływowi sąsiednich ośrodków odruchowych rdzenia. Odruchy ścięgnowe z górnej kończyny nie okazywały żadnego wpływu na występowanie odruchu Babińskiego.

A. BOETTIGER. Ein neues Hilfsmittel zum Nachweise schwächster Sehnenreflexe.

W przypadkach, gdzie osłabienie lub zniknięcie odruchu kolanowego jest pochodzenia czynnościowego, autorowi udawało się wywoływać nieobecny lub wzmacniać osłabiony odruch kolanowy w sposób następujący: pacjent siada na czterobiegunowym stole Winternitz'a („Vierpoliger Elektrodentisch") w ten sposób, że każda z nóg połączona jest z odnośnymi biegunami, a obydwie ręce z trzecim biegunem; poczem przepuszcza się prąd zmienny umiarkowanej siły. Podczas działania prądu dają się wywo-

łać wyraźnie odruchy, a po przerwaniu prądu odruchy kolanowe pozostają przez pewien czas normalne lub przynajmniej można je wywołać sposobem Jendrassik'a. Powyższy zabieg autor nazwał „Wechselstrom-kriterium" i uważa go za niezawodny.

W cierpieniach organicznych, gdzie ciągłość łuku odruchowego w rdzeniu zostaje naruszona,—sposób wymieniony zastosowania niema.

E. TOBIAS. Zur Kazuistik der Hemihyperidrosis unilateralis.

Autor zaznacza, że nadmierna potliwość spostrzega się częściej, aniżeli brak potu, że ten ostatni objaw zdarza się wskutek uszkodzenia ośrodków rdzeniowych wydzielania potu i występuje w postaci odcinkowej jedno lub obustronnie; może to być zresztą nieprawidłowość wrodzona wskutek braku gruczołów potowych. Autor wylicza następnie różne rodzaje nadmiernej potliwości w nerwicach, chorobie Basedow'a, w zależności od cierpienia n. współczulnego (nieraz w postaci połowiczej), w migrenie, cierpieniach rdzenia oraz chorobach zakaźnych. Wreszcie opisuje swój przypadek lewostronnej nadmiernej potliwości twarzy i lewej górnej kończyny u 17-letniej dziewczyny wskutek nerwicy nerwu współczulnego na tle zwyrodnienia; rozpoznawanie to autor popiera obecnością piętn zwyrodnienia u chorej (wązkie podniebienie, odstające uszy i t. d.).

N-r 4. M. BERNHARDT. Ueber Medianuslähmung als Spätfolge einer Ellenbogengelenk-verletzung.

Autor opisuje rzadki przypadek późnego zanikowego porażenia w dziedzinie n. pośrodkowego z przeważającym udziałem mięśni wielkiego palca i zaburzeniami czucia w obrębie tegoż nerwu oraz bezwładem n. łokciowego tejże strony. Objawy te wystąpiły w 30 lat po urazie.

E. MÜLLER. Ueber Querschnittslähmungen durch latente Aortenaneurysmen.

Autor opisuje przypadek tętniaka aorty u 54-letniego mężczyzny z objawami nowotworu w górnej grzbietowej części rdzenia (bóle w okolicy łopatki, górnej części kręgosłupa, zaburzenia ze strony pęcherza i odbytnicy, porażenie dolnych kończyn, utrata wszystkich rodzajów czucia aż do linji sutkowej, wzmożenie napięcia mięśniowego i odruchów ścięgnowych i t. d.) Ścisłe badanie kliniczne początkowo nie wykazywało istnienia objawów tętniaka aorty, dopiero później ukośne ustawienie krtani ku stronie prawej oraz chrypka (niedowład n. krtaniowego dolnego) i nierówność źrenic naprowadziły na domysł, że sprawa, rdzeń uciskająca, rozwija się w śródpiersiu. Badanie promieniami Roentgen'a wykazało istnienie tętniaka łuku aorty i części aorty piersiowej z uszkodzeniem 2-go i 3-go kręgów grzbietowych.

A. SARBO. Klinische Beiträge zur Frage, auf welchem anatomischen Wege der Achillessehnenreflex zu stande kommt, sowie ein Beitrag zur klinischen Wertung dieses Reflexes.

Autor na podstawie dokładnych spostrzeżeń nad chorymi, dotkniętymi cierpieniem końca rdzenia (cauda equina), porażeniem n. strzałkowego, oraz rwą kulszową, dochodzi do wniosku, że w każdym przypadku osłabienia lub zniknięcia odruchu ze ścięgna Achillesa daje się zauważyć zaburzenie czucia na zewnętrznej powierzchni stawu skokowego. Pozwala to na przypuszczenie, że nerw, unerwiający tę okolicę, przyjmuje ważny udział w powstawaniu odruchu ze ścięgna Achillesa. Okolica ta otrzymuje unerwienie z części piszczelowej n. łydkowego (n. suralis). Ponieważ według L. R. Müllera nerwy tej okolicy wychodzą z rdzenia na wysokości 2-go korzenia krzyżowego, nasuwa się więc wniosek, że na tej wysokości znajduje się w rdzeniu ośrodek dla odruchu ze ścięgna Achillesa.

H. HIGIER. Die Hautreflexe bei cerebraler Apoplexie. Praca drukowana w Medycynie 1909 N-r 50.

N-r 5. O. KÖLPIN. Hysterische Schlaf- und Dämmerzustände mit eigenartigen Augenstörungen.

Autor spostrzegał u młodej dziewczyny wystąpienie obłędu histerycznego z zaburzeniami świadomości, które zjawiały się po części jako stany letargiczne, po części jako stany zamroczenia z bredzeniem. W dziedzinie cielesnej autor zaznacza: znieczulenie połowicze zmysłowo-czuciowe, zaburzenia oddechu, zwężenie pola widzenia oraz stany kurczowe mięśni ocznych — zez zbieżny, podwójne widzenie, makro—i mikropsia.

R. TETZNER. Neurasthenia querulatoria durch Unfallgesetz.

Autor przytacza cztery przypadki neurastenji i obłędu pieniackiego, które się rozwinęły po upływie dłuższego okresu czasu po urazie, przytem, zdaniem autora, nie wskutek urazu, lecz dzięki wzruszeniom, wywołanym przez długie zabiegania w sądzie o odszkodowanie po urazie.

R. STEIN. Ein passageres Phänomen der Säuglingshemiplegie.

Autor u trojga dzieci w wieku dwóch i trzech lat, dotkniętych bezwładem połowiczym, spostrzegał, że podczas płaczu porażona kończyna dolna okazywała się silnie zgiętą i odwiedzioną w biodrze oraz zgiętą w kolanie. Gdy płaczące dziecko uspakajało się, kończyna wyprostowywała się. Objaw ten autor uważa za charakterystyczny dla porażenia połowiczego w okresie pierwszych lat życia. Skoro dziecko zacznie ćwiczyć się w chodzeniu, objaw znika.

N-r 6. E. MALONE. Über die Kerne des menschlichen Diencephalon.

Autor wychodzi z założenia, że dawny podział wzgórka wzrokowego na pięć głównych jąder nie odpowiada już obecnie nowszym poglądom na układ włókien. Cały szereg badaczów (Monakow, Nissl, Vogt, Bianchi i inni) próbował dokonać nowego ugrupowania tych jąder. Wszystkim tym próbom ugrupowania można postawić zarzut, że opierają się one tylko na podstawie anatomiczno-topograficznej, nie zaś fizjologicznej.

Autor przeciwstawia temu podziałowi nowy, który ma odpowiadać wymaganiom fizjologji. Podstawę jego podziału stanowi podobieństwo w budowie wewnętrznej poszczególnych komórek, które posiadają jednakową budowę histologiczną, bez względu na to, czy komórki te zbliżone są do siebie na pewnej ograniczonej przestrzeni lub też są rozsiane na większym uczątku wzgórka wzrokowego. Ugrupowanie komórek, ich gęstość, wielkość, nawet kształt — słowem to wszystko, co nazywamy tektoniką obrazu anatomicznego, — nie zostało uwzględnione w podziale autora.

St. Konwerski.

ARCHIV f. PSYCHIATRIE U. NERVENKRANKHEITEN. Tom 46. Zes. 3-ci, 1910 r.

E. MEYER. Beiträge zur Kenntnis des Eifersuchtswahns mit Bemerkungen zur Paranoiafrage.

Szereg spostrzeżeń obłędu zazdrości, zwłaszcza pochodzenia nie wyskokowego, nasunął autorowi myśl o bliskim związku niektórych przypadków tego rodzaju z obłąkaniem pierwotnem. Sprawa jest tembardziej interesująca, że w ostatnich czasach istnienie obłąkania pierwotnego (paranoji) jako odrębnej jednostki chorobowej zostało podane w watpliwość. Specht np. widzi w niej tylko szczególną postać psychozy manjakalno-depresyjnej.

Autor przytacza przedewszystkiem kilka przypadków obłędu zazdrości wskutek zatrucia wyskokowego. Częstość tego właśnie obłędu uzależnia autor od szczególnego działania trucizny na dziedzinę płciową: wyskok wywołuje w niej podniecenie, a jednocześnie obniża zdolność płciową, co prowadzi do zazdrości. Ze spostrzeżeń autora wynika, iż w zatruciu wyskokowem idee zazdrości są zwykle ogólne, nie usystematyzowane.

Dalej autor podaje ciekawy przypadek chorego, który przechodził kilkakrotnie kolkę ołowianą; po napadach kolki występowały idee zazdrości. W końcu rozwinęły się cechy pomieszania umysłu ogólnego.

Dwa przypadki t. zw. starczego obłędu zazdrości odznaczały się niezwykłą niedorzecznością i bezwstydem idei zazdrości. Tutaj również obniżenie zdolności płciowej i jednoczesne zwiększenie pobudzenia sprzyja powstawaniu obłędu zazdrości. Przyczyny, dlaczego w otępieniu starczem już to występują idee prześladowcze, już też idee zazdrości, należy, zdaniem autora, szukać w indywidualnem usposobieniu chorego. W przypadkach obłędu zazdrości w okresie przekwitania większą rolę, zdaniem autora, odgrywa również usposobienie; w licznych psychozach, związanych z tym okresem, obłęd zazdrości spostrzega się stosunkowo rzadko.

Następnie w 3 przypadkach chore przedstawiały cechy niewątpliwe otępienia przedwczesnego, napady zazdrości miały tylko znaczenie objawowe. Wogóle autor uważa obłęd zazdrości, występujący w zatruciach, otępieniu starczem i przedwczesnem, tylko jako objaw w przebiegu powyższych cierpień.

Jako chorobę sui generis, postać usystematyzowaną, którą chciałby nazwać obłąkaniem zazdrości (Eifersuchtsparanoia), autor uważa takie przypadki, w których obłęd zazdrości przebiega podobnie do typu obłąkania pierwotnego. Ciekawe spostrzeżenia, przytoczone przez autora, wykazują wielkie podobieństwo do obłędu pieniackiego. Chorzy tacy wnioskują o zdradzie małżeńskiej z tysiąca rzeczy, nie mając ani jednego dowodu, robią sceny przed dziećmi i krewnymi, znajdują, tak jak i paranoicy, ludzi, którzy im wierzą, podniecają się łatwo, przechodzą do czynów, wymyślają, grożą. Są oni zupełnie odporni na przedstawienia, mające na celu sprostowanie błędu; wzmożone samopoczucie, wielka drażliwość jest im również właściwa, jak i paranoikom.

Co do psychozy manjakalno-depresyjnej, to w cierpieniu tem uczucie przyjemne lub nieprzyjemne panuje nad ogólną treścią wyobrażeń, podczas kiedy w obłąkaniu pierwotnem wzruszenie stosuje się do wyobrażeń. Wahania w natężeniu idei zazdrości, które mogły być uważane jako objawy manjakalno-depresyjne, są to mniej lub więcej okresowe nasilenia, spostrzegane we wszystkich zaburzeniach psychicznych. Dlatego też włączanie obłąkania pierwotnego do psychozy manjakalno-depresyjnej (Specht) nie zdaje się autorowi uprawnionem.

E. MALAISÉ. Studien über Wesen und Grundlagen seniler Gehstörungen.

Autor opiera się na bardzo obfitym materjale. Oprócz starców z zaburzeniami chodu autor badał znaczną liczbę starców bez zmian w układzie nerwowym, w stawach i t. d., zmian, które by mogły spowodować zaburzenia chodu.

I. Zwykły chód starców. W normalnej starości chód staje się mniej sprężystym, długość kroków zmniejsza się. Utrzymanie równowagi jest utrudnione, stąd dążenie do rozszerzenia podstawy: wielu starców nie może się obejść bez kija, lub stawia nogi szeroko. Zwraca jeszcze uwagę trudność oderwania wzroku od ziemi: starzec, zmuszony w czasie chodzenia spojrzeć w górę lub w bok, przystaje. Siła oporu jest znacznie osłabiona: lekkie pchnięcia ku tyłowi wywołuje szybkie cofanie się, a nawet upadek. Przy pchnięciu z boku lub w plecy starzec stawia opór normalny. Chód starców wymaga większej uwagi, zwroty wykonywane są powoli i ostrożnie; odgrywa tu rolę stan umysłu: pewne otępienie utrudnia chodzenie, natomiast starcy z żywym umysłem zachowują większą sprawność ruchową. Autor spostrzegał u tych starców zwapnienie naczyń, często wzmożenie, rzadziej osłabienie odruchu kolanowego; odruchy ze ścięgna Achillesa i skórne często zniesione. Czucie najczęściej niezmienione; niekiedy przeczulenie w dolnych kończynach.

II. Zaburzenia chodu. 1. Brachybasia, chód małymi kroczkami (demarche à petits pas) jest to najczęstsze zaburzenie chodu u starców.

Charakterystyczną cechę stanowi zmniejszenie długości kroków do 15, 10 cm. Taki chory skraca fazę podpory na jednej nodze, przedłuża podporę na obu nogach; ruchy te muszą być uważane jako próby wyrównawcze w celu utrzymania równowagi. Osłabienie równowagi występuje zwłaszcza przy obracaniu się; pewien stopień braku kojarzenia odgrywa tu rolę. Przytem należy zaznaczyć u tych chorych postępujące otępienie umysłowe.

Badanie układu nerwowego takich chorych wykazało w mózgu liczne małe ogniska, które P. Marie nazywał jamkami—„lacunes“. W przypadkach autora jamki te rozsiane były dwustronnie. Drogi piramidowe nie we wszystkich przypadkach były dotknięte; drogi móżdżku do mózgu odgrywają prawdopodobnie rolę w powstawaniu „demarche à petits pas“, ale nie chodzi tu o ciężkie zachorowanie tych dróg, tylko o zaburzenie w ich połączeniach z wyższymi ośrodkami. Nigdy autor nie spostrzegał przypadku chodu małymi krokami bez jamek w mózgu.

2. Zaburzenie chodu „typu Petrén'a“.

Dla tej postaci charakterystyczny jest również chód małymi krokami, ale występują tu jeszcze inne cechy, które pozwoliły Petrén'owi wyodrębnić omawianą postać i wykazać, że w tych przypadkach ma się do czynienia ze zmianami organicznemi w mózgu.

Choremu tego typu trudno zacząć chodzić, chodzi on małymi krokami i przystaje często, motywując, że „nie może iść dalej”. Ćwiczenia miały tylko wpływ przemijający.

3. Zaburzenie chodu starcze móżdżkowe.

Chory chodzi również małymi krokami, ale nogi rozstawia szeroko i stale się chwieje; pomimo podpierania się kijem często pada. W przypadku, spostrzeganym przez autora, w móżdżku w niektórych zakrętach był zupełny brak komórek Purkinjego, w innych komórki te były zanikłe, miały wygląd marski.

4. Zaburzenie chodu w starczem wodogłowiu wewnętrznem.

Symptomatologja tego cierpienia należy do rozdziałów mało opracowanych chorób starczych. W przypadkach autora chory 80 letni nie mógł stać bez pomocy, chodził małymi krokami, stawiając nogi szeroko, wlokąc je. Wyraźne chwianie się wstecz. Stan chorego rozwijał się stopniowo. Nie było ani utraty przytomności ani porażenia połowiczego. Sekcja wykazała ogromne wodogłowie, móżdżek nie był zmniejszony, komórki Purkinjego dobrze zachowane.

Autor jeszcze wspomina o starczych zaburzeniach chodu czynnościowych, uważając je za niezmiernie rzadkie. Starcze zaburzenia chodu wywołane są zwykle przez zmiany mózgu organiczne.

JOSEF BERZE. Bemerkungen zur Theorie der Halluzinationen.

Uwagi autora wywołane zostały przez pracę Goldsteina: przyczynek do teorji omamów. Nie zgadzając się z Goldsteinem, autor przychodzi do następujących wniosków:

1. We wszystkich omamach ma miejsce podrażnienie tych elementów postrzegania, które stanowią składniki zmysłowe.

2. To podrażnienie niezawsze zależy od bodźców, pochodzących z obwodu, lub podniety w samych ośrodkach zmysłowych, ale może powstać samoistnie w wyższych ośrodkach mózgowych, jeżeli w mechanizmie ich czynności zachodzą zmiany chorobowe.

3. Stany podrażnienia, pochodzące czy to z obwodu, czy też z ośrodków zmysłowych, prowadzą do omamów postrzeżeniowych (percepcyjnych), o treści pierwotnej.

4. Dzięki złudzeniom następuje przerobienie treści pierwotnej — z omamów postrzeżeniowych powstają omamy zmysłowe z treścią znacznie bogatszą.

5. Wskutek podrażnienia wyższych ośrodków mózgowych powstają omamy wyobrażeniowe (repercepcyjne). Te omamy nie są więc „pracą jedynie ośrodków zmysłowych" (Goldstein), ale więcej pracą narządu kojarzeniowego i apercepcji. Każde wyobrażenie może być ich treścią.

6. Jakie zmiany w wyższych ośrodkach są podstawą omamów wyobrażeniowych, nie jest jeszcze ustalone. Najczęściej

głównym czynnikiem zdaje się bywa zwężenie pola świadomości wskutek obniżenia czynności narządu kojarzenia.

7. Omamy postrzeżeniowe i omamy wyobrażeniowe są w dwóch kierunkach przeciwstawne: a) omamy postrzeżeniowe powstają w ośrodkach zmysłowych, podrażnienie wyższych ośrodków jest wtórne; omamy wyobrażeniowe powstają w narządzie kojarzenia, podrażnienie postrzeżenia jest wtórne; b) omamy postrzeżeniowe są objawem podrażnienia, omamy wyobrażeniowe są objawem z ubytku (Ausfallserscheinung).

8. Zwiększenie pobudzalności ośrodka słuchowego może ułatwić powstanie wyobrażeniowych omamów wyrazowych, nawet wówczas, gdy niema zwężenia pola świadomości, lub też jest ono nieznaczne. T. zw. głośne myślenie, być może, powstaje w ten sposób.

A. DÖBLIN. Zur Wahnbildung im Senium.

Autor opisuje 2 przypadki, w których powstanie choroby w podeszłym wieku, przebieg przewlekły, ubóstwo idei obłędnych wskazują, że mamy tu do czynienia z cierpieniem starczem, z tak zw. Senium. Rozwój sprawy otępienia znajduje w starości szczególnie dobre warunki bez względu na to, czy zachodzą zmiany organiczne, czy nie. Otępienie to jednak, zdaniem autora, nie ma związku tak ścisłego ze starością, ażeby je uważać za swoistą sprawę starczą. „Psychoza starcza“ jest to nazwa postaci chorobowej, którą spotyka się w starości, ale której istota i etjologja nie są znane; nazwa samoistnego otępienia starczego jest tylko tymczasowa.

K. GOLDSTEIN. Zur pathologischen Anatomie der Dementia praecox.

Autor na wstępie daje krótki przegląd badań współczesnych nad anatomią patologiczną otępienia wczesnego. Następnie opisuje swój przypadek: chory 31 l., ze zdrowej rodziny, do 21 roku pracował. Potem stał się apatyczny, pracę porzucił, nawet nie umiał się sam ubrać. Na pytania nie odpowiadał, zleceń nie wykonywał, przedstawiał obraz osłupienia katatonicznego. W ciągu krótkiego czasu (dwóch dni) wystąpiło osłabienie ogólne, tętno nieprawidłowe, drobne, wreszcie zejście śmiertelne.

Sekcja wykazała: na wewnętrznej stronie czaszki wgłębienie, opona twarda napięta, niezrośnięta z czaszką. Opona miękka mętna, galaretowata, zawiera dużo płynu. W miejscu, odpowiadającem wgłębieniu czaszki, w oponie miękkiej torbiel. Komory nie powiększone, natomiast komora przegrody przezroczystej (septum pellucidum) tworzy dużą jamę, napełnioną płynem. W wewnętrznych narządach przyczyny śmierci nie wykryto. Badanie drobnowidzowe: opona miękka znacznie rozszerzona, naczynia szerokie, dużo barwnika. W korze komórki piramidowe ułożone nieprawidłowo w mniejszej ilości niż normalnie, mar-

skie, ciemno-zabarwione, ciałka Nissla w tych komórkach odsunięte do brzegu. W około komórki liczne jądra gleju. Oprócz tego w niektórych komórkach zmiany innego rodzaju: komórki są powiększone, okrągłe, jasne, wyglągają jak nabrzmiałe, ciałka Nissla prawie rozpuszczone, jądro duże, jasne, przemieszczone. W preparacie włókienkowym widać rozpad włókienek, ciało komórki zawiera tylko bardzo delikatne włókienka, tworzące siatkę o szerokich okach. Włókienka wypustek nerwowych są dobrze zachowane. Niektóre komórki zawierają ogromne ilości barwnika. Komórki gleju w całej korze są znacznie liczniejsze, większe ich grupy gęsto otaczają komórki nerwowe. Często daje się zauważyć w komórkach gleju marskość, ciemniejsze zabarwienie, rozpad jądra.

Naczynia odznaczają się nacieczeniem komórek i złogami barwnika w scianach. W móżdżku zmiany. W rdzeniu wyraźne zwyrodnienie w komórkach słupów Clark'a.

Co do patogenezy tych zmian w katatonji autor sądzi, iż chodzi tu o zwykłe zwyrodnienia, a nie o stan zapalny. Czy zwyrodnienie elementów nerwowych jest pierwotne, a bujanie gleju wtórne, czy też bujanie gleju prowadzi do uszkodzenia komórek nerwowych, tymczasem nie da się rozstrzygnąć. Bardzo być może, iż zmiany drobnowidzowe są wtórne, że są one wynikiem sprawy chorobowej, która histologicznie nie da się dowieść, lecz jest natury mikrochemicznej. Podobne zmiany znajdują się w różnych psychozach, czyli, że rozmaite przyczyny mogą prowadzić do podobnych wyników w korze. Jest to oddziaływanie kory na uszkodzenia natury przewlekłej, a nie reakcja, zależna od jakiegoś określonego czynnika szkodliwego. Zmiany w tych komórkach, które są duże, jasne, jakby obrzmiałe, pozostają, według autora, w związku z szybką śmiercią omawianego chorego. Takie zmiany były opisywane przez autorów (Alzheimer, Meyer, Cramer i inni) w psychozach, ostro przebiegających. Autor skłonny jest do przypuszczenia, że zejście śmiertelne nastąpiło w danym razie wskutek obrzęku, względnie torbieli opony miękkiej, co spowodowało ostry ucisk mózgu.

GABRIEL HEINER. Epilepsie und Gliom.

Autor opisuje ciekawy przypadek, który klinicznie przedstawiał się jako padaczka samoistna z typowo wyrażonem otępieniem. Sekcja wykazała: nad lewym hipokampem, znacznie cieńszym od prawego, w ścianie rogu dolnego kilka guzowatości nieprawidłowego kształtu. Badanie drobnowidzowe stwierdziło, iż był to glejak włóknisty z współśrodkowo uwarstwionemi złogami wapiennemi. W pobliżu guza i dalej kora mózgowa przedstawiała znaczne bujanie gleju.

Za życia chorego nie było żadnych objawów ucisku mózgu (np. tarczy zastoinowej), sekcja też nie wykazała oznak ucisku. Wobec tego autor nie uważa bujania gleju za zjawisko wtórne,

zależne od guza, lecz utrzymuje, iż w tym przypadku tworzenie się glejaka i bujanie gleju zostały wywołane przez jedną przyczynę Tej należy szukać w dziedzicznem usposobieniu zwyrodniającem.

W. PLÖNIES. Das Vorkommen und die ursächlichen Beziehungen der psychischen Störungen, besonders der Zwangsvorstellungen und Halluzinationen bei Magenkrankheiten.

Autor podaje wyniki swoich długoletnich spostrzeżeń u wielkiej liczby chorych na żołądek, u których wystąpiły zaburzenia psychiczne. Zupełna łącznośc tych zaburzeń ze stopniem i trwaniem cierpienia żołądkowego, znikanie ich przy odpowiedniem leczeniu, nawrót przy pogorszeniu cierpienia żołądkowego—wskazują, że właściwą przyczyną zaburzeń psychicznych w tych przypadkach jest cierpienie żołądka, właściwiej zatrucie ustroju wskutek tego cierpienia. Od stopnia zatrucia zależy natężenie zaburzeń psychicznych; do najcięższych należą idee natrętne i omamy.

St. Suszczyńska.

ALLGEMEINE ZEITS. F. PSYCHIATRIE. 1910.

Zesz. 1-szy. W. MORGENTHALER. Blutdruckmessungen an Geisteskranken.

Autor wykonywał doświadczenia z pomocą przyrządu Riva-Rocci, zmienionego według Sahli'ego, i doszedł do wniosku, iż obrazy kliniczne chorób umysłowych nie dają się odróżnić na mocy ciśnienia krwi. Wyniki co do poszczegolnych chorób, są następujące.

I) Zaduma: a) wysokie ciśnienie krwi nie jest stałym objawem zadumy (w znaczeniu Kraepelina), b) w przypadkach z przygnębieniem, zwłaszcza gdy towarzyszy mu zahamowanie, brak zwiększenia ciśnienia krwi, c) ciśnienie krwi zwiększa się, gdy do zwyczajnego przygnębienia przyłącza się rozdrażnienie lub niepokój.

II) Psychoza manjakalno-depresyjna: w przypadkach swoich autor ani razu nie zauważył, aby w okresie podniecenia zmniejszało się ciśnienie krwi, a w okresie przygnębienia zwiększało, jak to dotąd przyjmowano.

III) Padaczka: w czasie napadu ciśnienie krwi prawdopodobnie bardzo wysokie; następnie spada ono, lecz pozostaje wyższem od przeciętnego i stopniowo wraca do normy.

IV) Porażenie postępujące: w okresie końcowym ciśnienie po większej części nizkie. Wogóle ciśnienie w tem cierpieniu jest bardzo zmienne. Bardzo wysokie jest ono w okresach pobndzenia.

V) Alkoholizm: po przejściu napadu obłędu opilczego (delirium tremens) otrzymuje się zwykle nizkie ciśnienie. Przewlekły alkoholizm wykazuje normalne, częściej zaś nieco niższe ciśnienie.

VI) Otępienie wczesne również nie wykazuje nic charakterystycznego co do ciśnienia krwi.

VI) W histerji ciśnienie krwi u jednej i tej samej osoby może bardzo często zmieniać się, jest ono również rozmaite u różnych osobników. Nic stałego pod tym względem niema.

P. NITSCHE. Über chronisch-manische Zustände.

Podawszy zarys poglądów współczesnych na istotę przewlekłych stanów manjakalnych oraz opisawszy dokładnie 12 własnych spostrzeżeń, autor wypowiada w końcu pracy własne na tę sprawy poglądy.

Według Nitsche'go stany manjakalne przewlekłe podzielić można na 4 kategorje.

Do pierwszej autor zalicza przypadki stanów hypomanjakalnych, trwających od młodości i pod względem klinicznym niczem nie różniących się od fazy hypomanjakalnej obłędu manjakalno-depresyjnego; postać tę autor nazywa hypomania originaria.

Do drugiej kategorji autor odnosi te przypadki, w których u osobników, od wczesnej młodości sangwinicznych, zarozumiałych, przedsiębiorczych, w 3-cim lub 4-tym dziesiątku lat rozwija się lekkie pobudzenie; pobudzenie to około 50-go roku życia przechodzi w wyraźną psychozę hypomanjakalną, która z różnemi wahaniami w natężeniu objawów klinicznych trwa lata całe (chorzy, będący w obserwacji autora, cierpią na nią już od kilkunastu lat). Postać tę autor nazywa manjakalną konstytucją postępującą.

Do trzeciej kategorji należą przypadki, w których stan hypomanjakalny o niezmiernie długiem trwaniu jest wydłużoną fazą obłędu manjakalno-depresyjnego.

Do czwartej wreszcie kategorji należą przypadki podniecenia konstytucyjnego, o objawach jaknajsłabszego pobudzenia manjakalnego. Wszelako w przebiegu tej sprawy bywają wahania, niekiedy występuje nawet ostre przelotne podniecenie.

Wspólna cecha charakterystyczna wszystkich przypadków podniecenia konstytucyjnego polega na ich niezmiernie długiem trwaniu, jakiego nie widujemy w zwykłych stanach manjakalnych. Co się tycze istoty tych klinicznych przypadków, to autor dopatruje się w nich pokrewieństwa z przypadkami cyklotymii i konstytucyjnego przygnębienia (konstitutionelle Verstinmung Kraepelina) i wszystkie te postaci zalicza do grupy manjakalno-depresyjnej konstytucji.

W. PLASKUDA. Uber Dementia praecox auf dem Boden der Imbezillität.

Autor opisuje 15 przypadków otępienia wczesnego, w których choroba ta rozwinęła się na tle głupowatości. Dotąd w piśmiennictwie znane są 6 podobnych przypadków, opisanych przez Weygandta. Ten ostatni zaprzecza zdaniu Kraepelina, jakoby w tych razach już w wieku dziecięcym zaczynało rozwijać się otępienie. Prawie u wszystkich chorych głupowatość przeszła w otępienie w wieku od 20—30 lat, a u jednej chorej w 37 roku życia. Przebieg cierpienia jest zwykły, jakkolwiek ciężki, i niczem się nie różni od przebiegu innych przypadków otępienia wczesnego. Prawie wszystkie przypadki autor zalicza do postaci hebefrenicznej i katotonicznej. Co się tyczy rokowania, to autor twierdzi, że, o ile w otępieniu wczesnem jest ono wogóle wątpliwe, o tyle w tych razach jest ono bardzo niepomyślne. Zdaniem autora, opisane przypadki stanowią grupę odrębną i nie mają nic wspólnego z wczesnemi postaciami obłędu młodzieńczego.

GERLACH. Trauma, Dementia paralytica und Unfallrente.

Na zasadzie własnych i cudzych spostrzeżeń, dokładnie w pracy opisanych, autor przychodzi do wniosków następujących:

Porażenie, występujące bezpośrednio po urazie, stanowi jedynie nagłe pogorszenie sprawy chorobowej, która istniała jeszcze przed urazem, choćby nawet przedtem chory nie wykazywał żadnych objawów cierpienia. Jeśli zaś objawy porażenia okażą się w następstwie urazu dopiero po dłuższym przeciągu czasu, to możnaby sądzić, iż przyczyną choroby w tych razach jest uraz; lecz według wszelkiego prawdopodobieństwa uraz tylko wówczas może wywołać porażenie postępujące, jeśli zmiany w układzie nerwowym ośrodkowym rozpoczęły się jeszcze przed urazem. Jeśli domniemane porażenie urazowe pozbawia poszkodowanego zdolności do pracy, to, dla otrzymania prawa do renty należy dowieść, iż uraz był rzeczywiście jedną z działających przyczyn choroby. Fakt, że cierpienie rozpoczęło się jeszcze przed urazem, nie pozbawia chorego prawa do odszkodowania, o ile tylko dowiedzione będzie, że uraz miał znaczny wpływ na stan chorego i przyspieszył rozwój choroby.

Zesz. 2-gi. P. NACKE. Über atypische Paralysen.

W ostatnich czasach badacze poczęli zwracać szczególną uwagę na t. zw. nietypowe postaci porażenia postępującego. Według autora, postaci te możnaby podzielić na 3 kategorje: 1) na grupę przypadków, które, jakkolwiek są całkowicie podobne do porażenia, porażeniem jednak nie są, przemawiają bowiem przeciw temu rozpoznaniu dane serodjagnastyczne i histologiczne. Przypadki te są właściwemi porażeniami rzekomemi (pochodzenia alkoholowego, urazowego, ołowianego i syfilitycznego),

2) na grupę przypadków, które przedstawiają tylko pewne podobieństwo porażenia, ale jako takie nie mogłyby być rozpoznane bez badania surowicy. Jest to wielka grupa tak zwanych porażeń rzekomych, 3) na grupę wreszcie przypadków, które przebiegają pod postacią zupełnie innych psychoz, i tylko badanie serodjagnostyczne lub pośmiertne wykazuje rzeczywistą naturę cierpienia.

(Z powodu tej klasyfikacji sprawozd. pozwala sobie zauważyć, iż autor niesłusznie zalicza pierwszą grupę do porażenia nietypowego. Mianem tem należy, zdaniem sprawozd., nazywać tylko takie przypadki, które mimo mniej lub więcej nietypowego obrazu klinicznego są jednak porażeniem).

Ponieważ rozpoznanie porażenia, ze względu na częstość przypadków nietypowych, bywa niekiedy bardzo trudne, konieczne więc jest posługiwanie się rozmaitemi pomocniczemi metodami badania, –a mianowicie badaniem pośmiertnem zmian anatomicznych i histologicznych w mózgu oraz badaniem cyto- i serodjagnostycznem za życia.

Co się tycze tych różnych badań, to autor utrzymuje, iż: 1) ze zmian makroskopowych nie zawsze można pewne wnioski wyciągnąć, 2) opisane w ostatnich czasach przez Alzheimera komórki plasmatyczne nie zawsze dają się wykryć, jak to zresztą sam Alzheimer stwierdza, z drugiej strony też same komórki wykryć można w innych psychozach, skutkiem czego odkrycie Alzheimera niema bezwzględnie pewnego znaczenia pod względem rozpoznawczym, 3) pleocytoza i zwiększenie ilości białka w płynie mózgowordzeniowym nie są przekonywające i niekiedy brak ich zupełnie, 4) próba Wassermanna nie zawsze wypada dodatnio; są przypadki niewątpliwego porażenia z syfilisem w wywiadach, które odczynu Wassermana nie dają; w każdym razie badanie płynu mózgowordzeniowego w porażeniu daje pewniejsze wyniki, niż badanie krwi.

W dalszym ciągu pracy swej autor zastanawia się nad kwestją stosunku porażenia do syfilisu. Wbrew popularnemu w psychjatrji niemieckiej poglądowi, iż bez syfilisu niema porażenia, autor utrzymuje, iż, jakkolwiek w większości przypadków, cierpienie omawiane powstaje na skutek syfilisu, to jednak w niektórych przypadkach mogą być inne zewnątrz—lub wewnątrzpochodne przyczyny. Pod tym względem autor przyłącza się do poglądów, przeważających w psychjatrji francuzkiej i wypowiada nawet pogląd niektórych autorów francuzkich, utrzymujących, iż porażenie postępujące, jako jednostka chorobowa, nie istnieje, że istnieją natomiast liczne porażenia albo raczej „zespół porażny”, występujący w przebiegu rozmaitych wewnątrz- i zewnątrzpochodnych zatruć, najczęściej wszakże w następstwie syfilisu. Autor idzie jeszcze dalej i dowodzi, że prócz przyczyn zewnątrz- i wewnątrzpochodnych dla powstania porażenia potrzeba koniecznie

swoistego, zazwyczaj wrodzonego, rzadziej nabytego usposobienia mózgu. Autor wogóle przywiązuje ogromne znaczenie do wrodzonej skazy mózgu, jako podłoża wszelakich psychoz, i uważa za konieczne zwrócić badania w tym kierunku.

Dla ilustracji poglądów swych autor podaje 5 przypadków porażenia nietypowego.

K. HALBEY. Einflüsse metereologischer Erscheinungen auf epileptische Kranke.

Autor na podstawie spostrzeżeń nad dziesięcioma chorymi doszedł do następujących wniosków: 1) Skład powietrza, ciepło, światło, słońce, obłoki, wilgoć powietrza, opady—nie mają żadnego wpływu ani na padaczkę, ani na częstość napadów. 2) Wahania w ciśnieniu powietrza, występujące nagle, zdają się mieć ścisłą łączność z pojawieniem się i częstością napadów. Wysokość i głębokość ciśnienia powietrza nie mają żadnego wpływu. Być może, że podstawy pierwszego zjawiska należy szukać w niedostatecznem przystosowaniu się układu naczyniowego do wahań barometrycznych. 3) Być może, iż elektryczność atmosferyczna wpływa również na padaczkę, lecz obecnie nic pewnego o tem powiedzieć nie można.

JULIANO MOREIRA. Geistesstörung bei Leprakranken.

Na zasadzie cudzych oraz 9-ciu własnych spostrzeżeń autor przychodzi do następujących wniosków. 1) U chorych trędowatych nie spotykamy żadnej swoistej choroby umysłowej; jednakże w przebiegu zapalenia wielonerwowego trądowego zdarza się czasami zespół Korsakowa. 2) W trądzie spostrzegać można, jakkolwiek nie bardzo często, prawie wszystkie postaci chorób umysłowych. 3) Wszelkiego rodzaju powikłania trądu (gruźlica, zwapnienie naczyń i t. d.) mogą wywołać cierpienie umysłowe. 4) Zwykły stan psychiczny trądowatych bywa rozmaity i znajduje się w zależności od obciążenia dziedzicznego, wychowania, tudzież od postaci klinicznej choroby.

A. W.

OBOZRIENIE PSYCHIATRJI, NEWROŁOGJI, EKSPERIMENTALNOJ PSICHOŁOGJI. 1910.

N-r 1. SZCZERBAK. K etiołogji amiotroficzeskawo bokowowo skleroza.

Na zasadzie przypadku stwardnienia słupów bocznych rdzenia z zanikiem mięśni u 54-letniego mężczyzny, który nadużywał gimnastyki i pracy fizycznej, autor zwraca uwagę na możli-

wość rozwoju tego cierpienia od nieumiarkowanego stosowania gimnastyki leczniczej.

ASTWOCATUROFF. O pseudotabes gliomatoza i ob izmienieniach sosudow pri siringomielji.

Autor opisuje przypadek wrzekomego wiądu glejakowego, który rozwinął się u 56-letniego robotnika po urazie. Klinicznie typowy obraz wiądu rdzenia. Mikroskop wykazał rozrost gleju w środkowej części szarej istoty rdzenia i zmiany w tylnych słupach. Te ostatnie cokolwiek różniły się od tego, co spostrzegamy w wiądzie (nadmierny rozrost tkanki łącznej i naczyć, nietypowe umiejscowienie sprawy chorobowej w „owalnym pęczku" i w „przedniem polu", przewaga natężenia sprawy chorobowej w części grzbietowej rdzenia, brak zwyrodnienia słupów Clarke'a).

Na podstawie swego przypadku i odnośnego piśmiennictwa, autor przychodzi do następujących wniosków. 1) W pewnych postaciach syringomyelji występuje nowotworzenie naczyń; nowoutworzone naczynia są miażdżycowo zmienione; równocześnie z nowotworzeniem naczyń rozwija się tkanka łączna, która przenika do otaczającej tkanki nerwowej. 2) Wspomniane zmiany naczyń rozwijają się nie tylko w szarej, lecz i w białej istocie rdzenia, często równocześnie, a czasami wcześniej przed rozrostem gleju i tworzeniem się jam. 3) Gdy sprawa chorobowa umiejscawia się przeważnie w słupach tylnych, to występuje zbiór objawów, naśladujący wiąd rdzenia (pseudotabes gliomatosa). 4) Rozwój objawów wiądu bezpośrednio po urazie i brak przymiotu w wywiadach powinny wzbudzać podejrzenie o wrzekomym glejakowym wiądzie rdzenia.

A. GUTMAN. Maniakalno-depressiwnyj psichoz i charakter associacji pri niem.

W pierwszej części swej pracy autor omawia historję rozwoju pojęcia psychozy manjakalno-depresyjnej Kraepelina. Do badań sprawy kojarzenia autor używał odmiany sposobu Aschaffenburga, mianowicie, autor nie zadawalniał się jedną odpowiedzią chorego, lecz pozwalał mu swobodnie kojarzyć jeszcze w ciągu minuty. Autor krytykuje klasyfikację kojarzeń Aschaffenburg-Jung'a. Autor uprościł wspomnianą klasyfikację i dzieli kojarzenia tylko na 3 grupy: do pierwszej zalicza kojarzenia według podobieństwa wewnętrznego, do drugiej — według podobieństwa zewnętrznego, do trzeciej — oddziaływanie całemi zdaniami. W zadumie kojarzenie jest powolne, większość kojarzeń odbywa się według podobieństwa wewnętrznego i zwykle kojarzenia trzymają się jednego pojęcia, często atoli zbaczają nieoczekiwanie na inne pojęcie, nie mające związku z poprzedniem; czasami następuje powtarzanie pytania.

W manji kojarzenie jest bardziej powierzchowne, niż u zdrowych (kojarzenie według podobieństwa dźwiękowego, alli-

teracja, oddziaływanie całemi zdaniami), odznacza się prędkiemi i nieoczekiwanemi przejściami od jednego przedmiotu do drugiego, częstem powtarzaniem pytania, egocentryzmem. Co do szybkości kojarzenia, to w zadumie jest ono znacznie zwolnione, w manji zwykle cokolwiek zwolnione, czasami tylko przyspieszone. Niemożność skupienia uwagi w manji wywołuje zwolnienie sprawy kojarzeniowej; gdzie zaś chory jest w stanie skupić się, tam kojarzenie odbywa się szybciej, niż u zdrowych.

Według zdania autora, doświadczenia z kojarzeniem wyobrażeń mogą mieć wielkie znaczenie w rozpoznawaniu chorób umysłowych, lecz tylko w związku z innemi metodami badań.

N-r 2. RADIONOFF. K auto-intoksikacionnym psichozam pri zaboliewanji podpoczecznikow.

Sprawa gruźlicza nadnerczy i przejście sprawy zapalnej na otaczające sploty nerwowe stanowi podłoże anatomiczne choroby Adissona. Zajęcie nadnerczy bez rozprzestrzenienia się sprawy zapalnej na tkankę przyległą nie daje objawów choroby Adissona, lecz powoduje zaburzenia umysłowe. Wskutek zajęcia nadnerczy Laignel-Lavostine rozróżnia następujące odmiany cierpienia mózgowego: tężycową, padaczkową, myokloniczną, z bredzeniem i ze śpiączką, a Sergeni dodaje jeszcze postać wrzekomooponową.

Autor podaje opis przypadku, gdzie na sekcji był stwierdzony rak obu nadnerczy, lecz nie całe nadnercze było zniszczone. U tego chorego po krótkotrwałej chorobie zakaźnej nagle wystąpiła utrata świadomości i szał, później bredzenie prześladowcze; idee niedorzeczne miały charakter urywkowy, samowiedza była przyćmiona, występowały omamy słuchowe. Autor sądzi, że w podobnych przypadkach zaburzenia psychiczne zależą od samozatrucia z powodu zniszczenia nadnerczy, a rodzaj zakażenia nie odgrywa tutaj roli.

M. NIKITIN. Słuczaj atrofji w obłasti razwietwlenia I-oj wietwi trojnicznowo nierwa.

Autor opisuje i podaje fotografję chorej, u której w 8 roku życia w ciągu 1½ miesiąca było niewielkie ropienie w okolicy prawego ciemienia, następnie na tym miejscu rozwinęła się sprawa zanikowa skóry, a może i części, głębiej leżących. Topografja zaniku odpowiada rozgałęzieniom I gałęzi nerwu trójdzielnego. Innych zaburzeń ze strony wymienionego nerwu, jak również zaburzeń ze strony nerwu współczulnego brak. Ojciec chorej przechodził przymiot. Autor stawia rozpoznanie nadczołowego zaniku Bechterewa. Sprawa chorobowa bardzo przypomina twardzinę skóry i jest spokrewniona z tą ostatnią.

A. JUSZCZENKO. Katatoniczesko podobnyje simptomy u sobak, liszennych szczytowidnoj żelezy.

Autor obserwował u psów, którym wyciął gruczoł tarczowy, sztywność mięśni, drżenie, mimowolne proste i złożone ruchy,

ślinotok, obniżenie ciepłoty ciała, zupełną apatję i obojętność na otoczenie, zahamowanie działalności psychicznej. Autor widzi tutaj duże podobieństwo do katatonji i przedwczesnego otępienia. Mamy tu do czynienia z samozatruciem wskutek zniesienia działalności gruczołu tarczowego, czego dowodzi większa jadowitość moczu i surowicy takich psów. W tych samozatruciach bardzo pomaga djeta mleczna i opróżnienie kiszek. Gruczoł tarczowy składa się z tyreoglobuliny, zawierającej jod i stanowiącej 10—25% tkanki gruczołowej, i z nukleoproteidu, nie zawierającego jodu, lecz fosfor. Tyreoglobulina ma własności swoiste gruczołu tarczowego, poddana hydrolizie lub trawieniu, przechodzi w jodothyrinę. Oprócz dwóch wspomnianych ciał białkowych nie dawno został wydzielony alkaloid — thyreoantitoksyna, która u operowanych kotów usuwała, względnie zapobiegała powstawaniu drgawek. A jednak żaden z tych przetworów nie jest w stanie zupełnie zastąpić usunięty gruczoł tarczowy. Dalej autor omawia czynność gruczołu, między innemi zwraca uwagę na związek gruczołu ze zjawiskami odporności: usunięcie gruczołu osłabia rozszczepiającą tłuszcz własność surowicy i zmniejsza katalityczne i utleniające działanie krwi i narządów wewnętrznych.

Z. Messing.

TOWARZYSTWA LEKARSKIE.

TOWARZ. LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

POSIEDZENIA SEKCJI NEUROLOGICZNO-PSYCHJATRYCZNEJ.

POSIEDZENIE D. 22 STYCZNIA 1910 r.

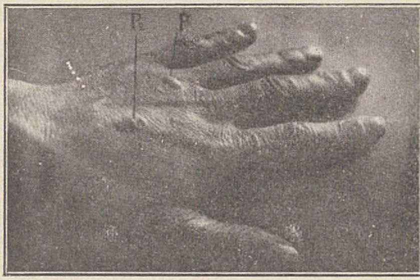
1. Kopczyński St. i Jaroszyński T. Przyczynek do teorji pitjatyzmu (z pokazem chorego).
2. Higier. Dwa przypadki obustronnego porażenia mózgowego dziecięcego (diplegia cerebralis).
3. Sterling. Dwa przypadki zmian odżywczych w kończynach.
4. Bychowski. Przypadek porażenia wrzekomo-opuszkowego.
5. Łapiński. Przypadek psychozy pochodzenia padaczkowego(?).
6. Knappe. Przypadek twardzieli skóry.
7. Wurcelman. a) Przypadek choroby Parkinson'a. b) Przypadek stwardnienia wieloogniskowego o ostrym przebiegu.
8. Tumpowski. Przypadek rozsianego zapalenia nerwów na tle cukrzycy, powikłanej przymiotem.
9. Flatau. Przypadek nowotworu mózgu o szybkim przebiegu (z pokazami preparatów).

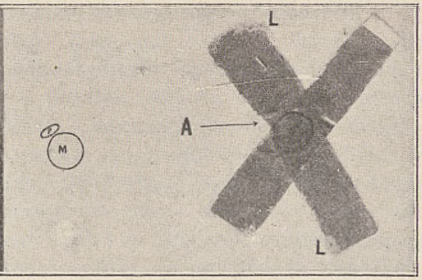
1) S. Kopczyński i T. Jaroszyński. Przyczynek do teorji pitjatyzmu (z pokazem chorego).

Punktem najbardziej spornym w teorji pitjatyzmu jest sprawa zaburzeń naczynioruchowych, odżywczych, wydzielniczych, termicznych etc., które, zdaniem jednych mogą, wchodzić w obraz histerji, zdaniem zaś twórcy teorji, Babińskiego, jest to niemożliwe, gdyż objawy te nie mogą być wywołane ani usunięte przez suggestję. Pragnąc dać przyczynek do tej kwestji, referenci dokonali szeregu doświadczeń na chorym, cierpiącym na wybitną histerję od lat wielu; u chorego tego już nieraz jakoby były wywoływane zaburzenia naczynioruchowe w hipnozie. Od lat 10 chory miewa napady nerwowe o charakterze padaczkowym. Podczas jednego z nich przed 8 laty dostał połowiczego bezwładu, uznanego w klinice wiedeńskiej za organiczny i usuniętego mimo to przez D-ra K. w ciągu kilku seansów hipnozy. Wybitne cechy skłonności do włóczęgostwa i zwyrodnienia psychicznego. Skłonność do pijaństwa. Żadnych piętn histerji przedmiotowych, jednak wybitna podatność na hipnozę.

Pierwsze doświadczenie polegało na wywołaniu za pomocą suggestji bąbli na ręku. Gdy poddano w hipnozie, że na ręku w określonem miejscu wystąpi bąbel, nazajutrz istotnie bąbel występował: wielkości ziarnka grochu, owalny, z białą cieczą pod naskórkiem, naokoło nieznaczne zaczerwienienie. Doświadczenia dokonywano kilkakrotnie w różnych warunkach: bąbel występował zawsze po upływie 20—24 godzin, przytem tylko wtedy, gdy ręka pozostawała otwartą; gdy przeciwnie, rękę obwinięto bandażem i opieczętowano, — objawu tego nie było. Wówczas eksperyment wykonano w takich warunkach, aby można było u chorego stwierdzić symulację: na tylną część dłoni przyłożono monetę, zaklejono ją dwoma cienkimi paskami plastra lepkiego i rękę obwinięto bandażem bez pieczęci (zwoje bandaża i kierunek ich zapisano). Nazajutrz po zdjęciu opatrunku znaleziono bąbel pod plastrem z boku monety, na plastrze zaś znak wyraźny dotknięcia czemś gorącem, gdyż plaster w tem miejscu był roztopiony, a brzeg monety zasmolony (patrz rys. 1 i 2-gi). Tak więc niewątpliwie stwierdzono w tym przypadku symulację, prawdopodobnie bezwiedną, jak to wskazuje ogólne zachowanie się chorego.

Inne doświadczenia: 1) Poddawano w hipnozie przyspieszenie tętna i otrzymano w ten sposób 92 uderzeń na minutę zamiast 70 — 72; wynik ten jednak był krótkotrwały: po minucie liczba wynosiła 86. Większej cyfry ponad 90 nie otrzymano też wówczas, gdy chciano wywołać przyspieszenie tętna drogą pośrednią, przez poddawanie uczucia strachu, zmęczenia przy wejściu na 4 piętro i t. d. 2) Wywoływanie za pomocą suggestji wypróżnień udawało się tylko jednorazowo, t. j. stolec występował w pół godziny po obudzeniu ze snu hipnotycznego, ale tylko raz jeden — gdy znowu po chwili uśpiono i poddano tenże objaw po raz drugi, już stolec tego dnia nie występował. 3) Kilkakrotnie próbowano wywołać za pomocą suggestji podniesienie ciepłoty ciała, oddawanie zwiększonej ilości moczu, występowanie potu (wprost i bezpośrednio za pomocą wywoływania wzruszenia strachu, gniewu i t. d.), jednak zawsze bez wyniku. Wywoływanie w hipnozie łez udawało się bardzo łatwo. 4) Choremu poddano, że po przebudzeniu się będzie miał połowicze porażenie wraz ze znieczuleniem, — istotnie po przebudzeniu chory nie mógł podnieść ręki, powłóczył nogą, język i twarz zbaczały w stronę porażenia, oraz wszystkie rodzaje czucia były po tej stronie zniesione; przyczem stan odruchów nie zmienił się, odruchy ścięgnowe były jednakowo żywe po obu stronach, odruchy skórne (podeszwowe, brzuszne) były słabsze po stronie znieczulenia, widoczne jednak było, że to zależało od dowolnego powstrzymywania ruchów mięśniowych; objaw Babińskiego „flexion combinée de la cuisse sur le tronc" nie miał miejsca, t. j. chory przy siadaniu z pozycji leżącej nie podnosił ani jednej ani drugiej nogi do góry (odwrotnie jak bywa w porażeniu połowiczem organicznem). 5) U chorego wywoływano w hipnozie szereg stanów uczuciowych, jak strachu, gniewu, pogardy, bólu fizycznego, smutku, wesołości i t. d. i jednocześnie badano tętno. Okazuje się, że jakkolwiek twarz i cała postać chorego nader udatnie wyrażały stan uczuciowy (np. podczas smutku łzy ciekły po policzku, podczas strachu przerażenie malowało





Rys 1. Rys. 2.

P — pęcherz, który wystąpił na drugi dzień po suggestji hipnotycznej.

P_2 — blizna po pęcherzu, który się utworzył tydzień przedtem.

L—L. Dwa paski plastra lepkiego, pokrywające monetę, pod którą miał wystąpić pęcherz na skórze (w miejscu, odpowiadającem M na rys.)

A — miejsce, w którem plaster na drugi dzień po suggestji był roztopiony i które odpowiadało miejscu P—gdzie właśnie obok monety wytworzył się pęcherz.



Rys. 3. Twarz normalna (w spokoju).



Rys. 4. Poddanie wesołości.



Rys. 5. Poddanie smutku.



Rys. 6. Poddanie przestrachu.



Rys. 7. Poddanie gniewu.



Rys. 8. Poddanie bólu fizycznego.



Rys. 9. Poddanie uczucia błogości.



Rys. 10. Poddanie gorzkiego smaku.

się na twarzy w całej pełni i t. d.),— mimo to tętno wcale nie zmieniało się, co poniekąd dowodzi, że chory właściwie tych stanów wzruszeniowych nie odczuwa, tylko sztucznie, pod wpływem suggestji, nadaje twarzy i postaci zewnętrzny wygląd, pozorujący odczuwanie wzruszenia (patrz rys. 3 — 10).

Na zasadzie badań powyższych referenci dochodzą do wniosków: 1) Zaburzenia naczynioruchowe, odżywcze, wydzielnicze, termiczne nie mogą być wywołane drogą suggestji; u chorego, posiadającego suggestyjność wprost w stopniu niesłychanym, nie można było tych zaburzeń wywołać, o ile zaś niektóre (jak np. bąble) występowały, to tylko dzięki symulacji, t. j. były wywoływane sztucznie.

Ta okoliczność, że u chorego, u którego wielu lekarzy kilka lat temu wywoływało w hipnozie zaburzenia te (np. obrzęki, bąble) i przyjmowało to za fakt, — w końcu stwierdzono symulację przy dokonaniu doświadczeń w ściśle skontrolowanych warunkach—jest bardzo znamienna, pozwala bowiem przypuszczać, że i w wielu innych doświadczeniach tego rodzaju dopuszczono się jakiegokolwiek niedopatrzenia. Nigdzie w piśmiennictwie nie znajdujemy wzmianki, aby zaburzenia naczynioruchowe, wydzielnicze i t. d. występowały pod wpływem suggestji w oczach lekarza, wszędzie zaś podaje się pewien okres czasu (kilka, kilkanaście godzin), podczas których chorzy zwykle nie podlegali ścisłej obserwacji, tak że symulacja z ich strony nie była wyłączona *).

2) Wobec tego wydaje się słusznem twierdzenie Babińskiego, który utrzymuje, że z obrazu histerji należy wyłączyć objawy naczynioruchowe, odżywcze, termiczne i t. d., gdyż są one albo powikłaniem innej natury (np. gorączka wskutek niedopatrzonej innej choroby, zaniki mięśniowe, jako objaw wtórny wskutek długotrwałego porażenia, szybko przemijające obrzęki angioneurotycznego, nie zaś histerycznego pochodzenia i t. d.), albo świadomą czy nieświadomą symulacją (przypadek „wrzodów histerycznych" Brissaud, w którym chora wywoływała ropienie igłą dla zwrócenia na siebie uwagi lekarza, przypadek „zgorzeli histerycznej" Dieulafoy, w którym chory świadomie dla otrzymania odszkodowania wywoływał zgorzel i trzykrotnie dawał sobie amputować rękę i wiele in.)

3) Za pomocą suggestji możemy w minimalnym stopniu wywołać objawy wzruszeniowe; chory wzruszenie poddane „udaje", t. j. zachowuje się tak pod względem zewnętrznym, jakby je odczuwał, jednak tętno się nie zmienia, co dowodzi, że w istocie nie jest on tem uczuciem przejęty. Podobnie rola wzruszenia w histerji wydaje się być niewielką i przez wielu autorów przesadzoną; w histerji większą rolę odgrywa automatyzm

---

*) Względnie w krytycznych warunkach dokonane spostrzeżenie ogłosił Dr. Heller (Münch. Med. Woch. N-r 41, 1909) — u chorego wystąpiły bąble pod bandażem w kilka godzin po poddaniu — jednak i w tym razie, sądząc z opisu, nie wyłączona była możliwość symulacji. Przytem Heller dokonał doświadczenia tylko raz jeden, co nie jest wystarczające, ani przekonywające.

(Janet) i suggestja (Babiński), niż wzruszenie. Chorzy na histerję zachowują się z obojętnością względem swoich cierpień i zwykle raczej chcą przerazić i przejąć otoczenie (np. w napadach nerwowych), niż sami są przerażeni — przejęci. Pomiędzy suggestją i wzruszeniem jest ta różnica pod względem klinicznym, że gdy za pomocą suggestji możemy każdy objaw „dozować", t, j. dowolnie zmieniać jego miejsce, natężenie i trwanie (np. możemy wywołać porażenie w tem lub innem miejscu, o silniejszem lub słabszem natężeniu), — to przeciwnie, gdy pewien objaw powstaje pod wpływem wzruszenia (np. drżenie, zarumienienie się, zblednięcie), to gdy raz już objaw ten wystąpił, już od tej chwili usuwa się z pod naszej kontroli; stanowi on rodzaj reakcji ustroju na pewien bodziec zewnętrzny, nie podlegającej wpływowi woli osobnika. Za pomocą suggestji możemy objaw wywołać, dowolnie nim modulować i w każdej chwili usunąć, objaw zaś wzruszeniowy możemy najwyżej, i to nie zawsze, wywołać, potem zaś wymyka się on z pod naszej kontroli. Otóż objawy histeryczne mają charakter raczej pierwszego rodzaju, t. j. pitjatyczny, wszelkie bowiem objawy, wchodzące w obraz histerji, jak porażenia, przykurczenia, znieczulenia i t. d., możemy dowolnie wywoływać i usuwać oraz określać ich miejsce, natężenie i trwanie.

Ogół lekarzy dlatego jest skłonny przypisywać wybitną rolę wzruszeniu w histerji, że powszechnie do histerji zalicza się cały szereg stanów nerwowych pokrewnych, niewiele wspólnego z histerją właściwą mających. Do nich należą przedewszystkiem stany neurasteniczne, mylnie uważane przez niektórych za chorobę, właściwą tylko płci męskiej, dalej stany lękowe, wyodrębnione w ostatnich czasach przez wielu autorów w oddzielną jednostkę chorobową, „nerwicę lękową" (Angstneurose), wreszcie stany należące do nerwic urazowych (névrose traumatique), w których wzruszenie właśnie odgrywa rolę pierwszorzędną i które zbliżają się raczej do grupy neurastenji, niż histerji. Po 1) bowiem uraz w tych nerwicach jest zwykle świadomy w psychice chorego, nie zaś ukryty w podświadomości, jak to ma miejsce w histerji, po 2) zaś objawy cielesne (jak np. drżenie, objawy naczynioruchowe i t. d.) mają tu charakter trwały, nie ustępują pod wpływem suggestji i są raczej wyrazem przewlekłej reakcji ustroju na pierwotne wzruszenie, z urazem połączone (Babiński proponuje nerwicę urazową nazywać „névrose émotive"). Właściwa histerja — to nerwica z objawami, wyrażającymi brak lub nadmiar pewnych czynności ustrojowych, zależnych bezpośrednio od aktu woli (zniesienie czynności: porażenia, znieczulenia, amnezja i t. d., nadmiar czynności: drgawki, napady nerwowe, przykurczenia i t. d.), a więc możliwych do odtworzenia przez suggestję lub naśladownictwo (czyli i możliwych do symulowania); zależność tych objawów od wzruszenia jest pozorna — i pod tym względem lekarz i otoczenie są wprowadzani w błąd przez chorych, skłonnych do przesady i symulacji, pragnących otoczenie za wszelką cenę zadziwić i wzruszyć swoją chorobą.

(Streścił mówca).

1) W dyskusji Sterling zaznacza, iż obserwował chorego przed 8 laty na oddziale Dunina i wtedy, pomimo niezmiernej łatwości, z jaką chory poddawał się hipnozie, nie udawało się otrzymywać w hipnozie tych objawów odżywczych, które kol. Kop. przedstawiał w Tow. Lekarskiem. Stwierdzenie symulacji w danym przypadku nie może rościć sobie pretensji do potwierdzenia teorji pitjatyzmu. Tak jak stwierdzenie symulacji nie może negować istnienie zjawisk medjumicznych — tak samo nie wyłącza ono możliwości istnienia objawów odżywczych w histerji—gdyż jeden przypadek pozytywny będzie miał tu większą siłę przekonywającą, niż dziesiątki i setki negatywnych. Ale gdyby nawet z całą naukową ścisłością wyłączono możliwość istnienia zaburzeń odżywczych w histerji, czemu jednostronnie zbyt wielką wagę przypisuje Babiński, to pozostanie cały szereg objawów, niezależnych od woli i niedających się usunąć za pomocą suggestji; w ostatnich czasach zostały one niewątpliwie stwierdzone w histerji choćby w dziedzinie odruchów: przemijające znikanie odruchów kolanowych (Nonne i Stoertz), nieruchomość źrenic (Willmanns). Pitjatyzm nie jest to zresztą żadna teorja, jak się to niesłusznie mówi, lecz sprawa czysto dowolnej umowy, określenie najzupełniej aprioryczne, dowolne i niedowiedzione — tak zresztą jak zupełnie dowolne jest określenie przez Babińskiego samej suggestji. Pitjatyzm i poddawanie się działaniu suggestji nie jest bynajmniej swoistym atrybutem histerji, lecz najrozmaitszych innych stanów czynnościowych (neurastenja), nawet organicznych (alkoholizm, porażenie postępujące) a przedewszystkiem wieku dziecięcego. Współczynnik czasu, na który powołuje się Babiński i jego zwolennicy, polegający na tem, że zjawiska histeryczne mogą być usunięte drogą suggestji prędzej aniżeli neurasteniczne i im podobne — nie może posiadać wartości rozstrzygającej. A zresztą fakt, że za pomocą suggestji usuwamy rozmaite objawy histeryczne, nie dowodzi bynajmniej, ażeby suggestja usuwała samą histerję.

(Streszczenie własne).

Pręgowski również jest zdania, że jeden ten dowód nie przekonał go, że histerja nie jest w stanie wywoływać rozpatrywanych objawów.

Sterlingowi Jaroszyński odpowiada:

Przypadek opisany stanowi tylko przyczynek do sprawy istnienia zaburzeń naczynioruchowych, wydzielniczych i t. d. w histerji i wykrycie w nim udawania ze strony chorego jest bądź co bądź znamienne, gdyż wykazuje bezsilność chorego, obdarzonego tak wybitną suggestyjnością, w kierunku wywołania tych zaburzeń na drodze czysto psychicznej. Fakt ten rzuca światło na inne doświadczenia podobne, dokonane w warunkach mniej krytycznie skontrolowanych, i pozwala wątpić o ich wiarogodności. Jest rzeczą bardzo pożądaną, aby ci z członków Towarzystwa, którzy przypuszczają możliwość wywoływania tych objawów za pomocą suggestji, starali się tego krytycznie dowieść, jak dotychczas jednak w piśmiennictwie spotykamy tylko mnóstwo spostrzeżeń, w których wykryto udawanie i podstęp ze strony chorych. Obserwacje zaś wielu au-

torów, przyznających możliwość tych objawów w obrazie histerji (odruchy źreniczne — Redlich, gorączka — Oppenheim, zmiany na skórze — Gordon i t. d.), zazwyczaj nie wytrzymują krytyki z tego powodu, że objawy te spostrzegano u chorych na histerję i w żadnym przypadku nie zostało dowiedzionem, czy to histerja była tych zaburzeń przyczyną, — przeciwnie częstokroć okazało się później, że przyczyna była organicznej natury (np. chora przedstawiana przez Raymond'a, jako przykład możliwości objawu stopowego w histerji, na oddziale Ballet'a zmarła i okazał się nowotwór rdzenia). Autorzy ci bowiem nie mają żadnej metody, za pomocą której mogliby dowieść, że zaburzenia te są charakteru histerycznego. Metodę tę podał tylko Babiński, utrzymujący, że to tylko może być histerycznem, co jest pitjatyczne, t. j. co da się wywołać i usunąć za pomocą suggestji, — i pod tym względem możemy z wielkiem prawdopodobieństwem utrzymywać, że takie objawy, jak zmiany ze strony źrenic, ciepłoty, odruchów, zaburzeń naczynioruchowych i t. d. — wpływowi suggestji nie podlegają. Dalsze pogłębienie tego zagadnienia będzie polegało na wyjaśnieniu, czy pojęcie histerji jest równoznaczne z pitjatyzmem, t. j. z objawami, wywołalnymi za pomocą suggestji, czy też jest pojęciem szerszem, t. j. czy w obraz histerji prócz objawów pitjatycznych mogą wchodzić i inne objawy, nie podległe wpływowi suggestji — i tego właśnie powinni dowieść przeciwnicy teorji Babińskiego. Jeśli nikt nie wykaże, że istnieją objawy, wchodzące w zakres histerji, nie mające jednocześnie cechy pitjatyzmu, to wówczas określenie histerji przez Babińskiego, mające w swem założeniu pozory aprjoryzmu, jednakże okaże się słusznem. — Zarzut, postawiony podczas dyskusji, że suggestyjność odgrywa rolę i w innych chorobach (alkoholizm, neurestenja, porażenie postęp.) nie wytrzymuje krytyki, mowa tu bowiem o suggestyjności t. zw. fizjologicznej, spotykanej i u ludzi normalnych (suggestja w życiu codziennem, w prasie, reklamie i t. d.), podczas gdy suggestja w histerji nosi cechy patologiczne, doprowadza bowiem do t. zw. wypadnięć lub nadmiaru funkcji (porażenia, przykurczenia, znieczulenia, drgawki) albo do rozdwojenia psychiki (podatność na hipnozę głęboką, napady nerwowe), czego nie bywa w żadnej innej chorobie.

(Streścił mówca).

2) Higier przedstawił dwóch chorych i omówił dwa następujące przypadki:

Przypadek pierwszy: Diplegia cerebralis infantilis post poliencephalitidem.

16-letni chłopiec, z rodziny zdrowej. Poród prawidłowy, nie przedwczesny. W 7 tygodniu życia 10-dniowa choroba gorączkowa z drgawkami. Od tego czasu osłabienie ruchów. Stan choroby się poprawiał stopniowo. Od roku zaczęło się postępujące pogorszenie.

St. obecny. Niedowłady i niezgrabność wszystkich kończyn, wyraźniejsze w lewej połowie ciała. Chód niezwykły, noszący cechy kurczowo-

niedowładowego ze znaczną domieszką zaburzeń, pochodzących z napadowego kurczu poszczególnych grup mięśni, z nierównomiernego rozkładu napięcia mięśni (chód dystoniczny). Obserwując tułów i kończyny, widzi się często mimowolne kurcze w mm. piersiowych, naprężaczu powięzi szerokiej i udowych. Nierzadkie współruchy, zwłaszcza w lewej kończynie dolnej przy ruchach zamiarowych w górnych kończynach. Na obu stopach paluchy nadmiernie wyprostowane, pozostałe palce nadmiernie zgięte. Przemijające kurcze i współruchy uniemożliwiają dłuższe siedzenie na miejscu, podnoszenie się, przyjmowanie pokarmów i wypróżnianie. Nadwichnięcie niektórych palców. Gdzieniegdzie ruchy atetotyczne w większych i drobniejszych mięśniach. Przemijający kurcz w mięśniach powiek chwilami uniemożliwia zamykanie oczu. Asymetrja twarzy. Mowa powolna, zatarta, nosowa. Mimowolny śmiech. Ledwie dostrzegalne zaburzenia w połykaniu i fonacji. Niedorozwój umysłowy: pomimo wieloletniej nauki chory ledwie umie sylabizować, na pamięć umie modlitwę hebrajską, nie rozumiejąc jej, obliczenia arytmetyczne niepowikłane rozwiązuje znośnie, o ile są natury konkretnej, nie potrafi natomiast dodawać lub odejmować najmniejszych liczb oderwanych. Napady przemijającego pobudzenia ogólnego, podczas których lży rodziców, krzyczy, płacze, ucieka nago i boso. Napady te trwają minut kilkanaście i nie są połączone z utratą przytomności.

Higier rozpoznaje diplegię mózgową na tle przebytej polioencephalitis infantilis. Godne uwagi są: stopniowe pogorszenie, od roku trwające, niezwykły chód chorego, współruchy i ruchy atetotyczne oraz zaburzenia wrzekomo-opuszkowe. Anatomo-patologicznie należy przypuszczać rozlaną sprawę zwyrodnienia pozapalnego w obu półkulach mózgowych.

Przypadek drugi. Poliencephalitis diffusa z następczą diplegią mózgową — pląsawiczo-atetotyczną.

35-letni mężczyzna, z rodziny zdrowej, w 8 dniu życia zachorował gorączkując i mając drgawki około miesiąca. Chory zaczął chodzić i mówić w 3-im roku życia. Naogół stan choroby się poprawiał od dzieciństwa do ostatnich lat. Drgawki znikły zupełnie i wróciły dopiero w 20-ym roku życia, powtarzając się od tego czasu co 2—3 miesiące w postaci lekkiego napadu padaczkowego.

Stan obecny: Niezgrabność ruchów wszystkich kończyn bez wyraźnych objawów porażenia. Ciągłe ruchy mimowolne w mięśniach twarzy, języka i kończyn. Kurcze przemijające w różnych mięśniach rąk i nóg, co naśladuje prawie stałą stopę szpotawo-końską, nadmierne wyprostowanie obu paluchów, częste zginanie ramion w stawie łokciowym i znaczne skrzywienie kręgosłupa boczne w części grzbietowej. Ruchy atetotyczne i pląsawicze rąk i nóg. Chód niezwykły, noszący cechy nierównomiernego napięcia mięśni (chód dystoniczny), przy szybkim tempie chodzenia chory potrafi przeskakiwać po 2—3 schodki, podnosząc się w górę. Współruchy nóg, zwłaszcza lewego uda, podczas najróżnorodniejszych czynności, zwłaszcza podczas mowy. Mowa wybuchowa, nosowa. Częste

zboczenie skojarzone oczu i głowy. Wszystkie ruchy mimowolne i współruchy wzmagają się przy wzruszeniu. Niedorozwój umysłowy znaczny: nie umie liczyć, czytać, na pamięć powtarza modlitwę hebrajską, nie rozumiejąc treści jej.

Higier rozpoznaje diplegię mózgową o typie mieszanym pląsawiczo-atetotycznym, która się rozwinęła prawdopodobnie na tle przebytej we wczesnym dzieciństwie poliencephalitis diffusa. Zasługuje na uwagę: brak czynników dziedzicznych, niezwykły chód przy bardzo nieznacznym niedowładzie i ledwie wzmożonem napięciu mięśni, brak objawów zwyrodnienia piramid. Rozlana sprawa zwyrodnieniowa kory mózgowej jest prawdopodobnie podłożem anatomo-patologicznem omawianego cierpienia.

(Streścił mówca).

3. Sterling przedstawił 2 przypadki zmian odżywczych w kończynach.

Przypadek I. Choroba rozpoczęła się przed 16 laty od bólów w obydwóch dużych palcach obu stóp, bólów stałych, wzmagających się podczas chodzenia oraz w nocy. Po $1^1/_2$-rocznem trwaniu tych bólów na dużych palcach stóp ukazały się czarne plamki, stopniowo powiększające się, następnie przeszły one w niegojące się ranki. Prof. Kosiński wtenczas amputował te 2 palce i rany amputacyjne zagoiły się po paru miesiącach. Po 3-letnim okresie względnego zdrowia na miejscu amputacji dużego palca lewej stopy powstała czarna plamka i rana, które stopniowo powiększały się i zajęły całą piętę. Rana nie zagoiła się w przeciągu 2 lat, przyczem sprawiała choremu bóle o niezmiernie silnem natężeniu; wtedy dokonano mu amputacji goleni poniżej kolana (gojenie się rany pooperacyjnej trwało $1^1/_2$ roku). Po 5-letnim bezbolesnym okresie wystąpiły bóle w II i III palcu prawej dłoni, wkrótce zaś potem w II i III palcu lewej dłoni, na ostatnich członkach palców wytworzyły się ropiejące ranki, które zagoiły się w przeciągu 2 miesięcy, poczem wystąpił gwałtowny ból w V palcu lewej dłoni i coraz bardziej powiększające się ropiejące owrzodzenie, wobec czego choremu amputowano ten palec. Nastąpił znowu 3-letni okres względnego zdrowia, poczem 2 lata temu wystąpił gwałtowny ból w V palcu prawej stopy, następnie zaś w pozostałych palcach tej samej stopy — oraz ranki pomiędzy palcami, które powiększały się i nie goiły; wówczas przeszedł leczenie w Busku (24 kąpiele i 24 wcierania), które wprawdzie uśmierzyło mu nieco bóle, lecz nie wpłynęło na zagojenie się owrzodzeń. $1^1/_2$ roku temu chory, obudziwszy się rano, zauważył osłabienie lewej kończyny górnej, jednocześnie wtedy przez kilka dni mowa była utrudniona. Podobno od 2 lat doznaje pewnego utrudnienia w oddawaniu moczu. Pamięć podobno nie uległa zmianie, wystąpiła tylko płaczliwość, którą chory sam podkreśla. Przed dwudziestu kilku laty — rzeżączka. Pozatem nigdy nie chorował. Przymiot zaprzecza. Nie pił. Palić

zaczął bardzo wcześnie i palił bardzo dużo (do 50—60 papierosów dziennie). Brak danych dziedziczno-neuropatycznych.

Przedmiotowo w narządach wewnętrznych brak zmian wyraźnych, w moczu ślady białka, brak cukru. Tętno=92, Riva-Rocci z prawej strony = 135. T. ramieniowe tętnią obustronnie, promieniowa prawa tętni wyraźnie, w lewej tętnienie jest niezmiernie słabe, ledwie wyczuwalne, tętnice udowe tętnią obustronnie, tętnica podkolanowa nie wyczuwa się, również nie wyczuwa się prawa t. grzbietowa stopy. Mowa nie wykazuje zmian wyraźnych. Źrenice równe, oddziaływanie na światło zachowane. Osłabienie dolnej gałązki lewego n. twarzowego. Przy zamykaniu i podnoszeniu powiek oraz przy ruchach wargami występują towarzyszące ruchy głowy. Wybitne osłabienie lewej kończyny górnej: w stawie barkowym przykurczenie, którego nie można przemódz, w stawie łokciowym przykurczenie w zgięciu; najmniej ograniczone i osłabione są ruchy w stawie napięstkowym i w palcach. Przykurczenie w stawie łokciowym udaje się przemódz biernie. Drżenie prawej dłoni i palców głównie przy ruchach. Siła mięśniowa w obrębie lewego stawu biodrowego wydaje się niezmiernie osłabiona. Odruchy z m. trójgłowego i okostnowe z promienia lewe patologicznie wzmożone. Odruch kolanowy lewy bardzo wzmożony, brzuszne słabe, mosznowy prawy zachowany, lewego brak. Prawe kolano jest stale zgięte pod kątem prawie prostym i nie o wiele więcej chory może je wyprostować. Z lewej strony żadnych przykurczeń w mięśniach zginających kolano niema. Czucie dotykowe, bólowe i cieplikowe dokładnie zachowane, nieznaczne zaburzenia czucia mięśniowego w palcach lewej dłoni, dość znaczne zaburzenia zmysłu steoreognostycznego w tejże dłoni.

Na dłoniach występują wybitne zmiany odżywcze, dotyczące końcowych członków palców i paznokci: na p r a w e j dłoni tylko I palec zmian nie wykazuje z wyjątkiem pewnego spłaszczenia paznokcia. Również i V palec wykazuje zmiany nieznaczne: sinicę i szponowatość paznokcia. Największe zmiany występują na II i III palcu: na II palcu paznokieć wyrasta nie w kierunku prostym, lecz w bok w kierunku do I palca, jest on zniekształcony; z III członka pozostał tylko szczątek, zmieniony jest również i II członek i skóra na nim wygładzona. Na III palcu pozostał również szczątek końcowego członka, z którego wyrasta gruby (5 mm.) stożkowaty paznokieć i on również zwrócony jest nieco na bok, II członek zlekka ścieńczony (g l o s s y-s k e a n). Mniejsze zmiany widać w IV palcu prawej dłoni — paznokieć nie wykazuje znacznego zgrubienia (szponowatość, zatarcie macierzy, zmiana koloru).

Na l e w e j dłoni zmiany odżywcze są mniej wybitne: na I palcu tylko spłaszczenie i szponowatość, na II wybitna szponowatość; nieznaczny zanik III członka. Największe zmiany w III palcu: znaczna szponowatość, przyczem paznokieć jest nieco zgrubiały na końcu i znacznie zgrubiały w środku i u podstawy (wybitne prążkowanie i załamywanie się) tak, że pomiędzy przednią i środkową 1/3 tworzy się głęboka szczelina. Na IV palcu wybitna szponowatość bez wyraźnego zaniku III członka.

Mówca, sprowadzając wszystkie objawy kliniczne niniejszego przypadku do zmian miażdżycowych w tętnicach, podkreśla w nim: 1) połączenie objawów stwardnienia naczyń obwodowych ze stwardnieniem naczyń mózgowych (niedowład lewostronny w 14 lat po wystąpieniu objawów obwodowych), 2) połączenie objawów bólowych i odżywczych w kończynach górnych i dolnych, 3) występowanie niezmiernie wybitnych zmian odżywczych w ostatnich członkach palców obu dłoni, 4) przykurczenie w zginaczach prawego kolana (po stronie nieporażonej), powstałe prawdopodobnie wtórnie naskutek bólu i ciągłego zginania oraz 5) wybitny nikotynizm w wywiadach przy braku innych etjologicznych czynników.

P r z y p a d e k II. Chory, lat 40, p r z e d 8 l a t y podczas pogromu w Kiszyniowie uderzony został żelazem w lewą stopę, w 2—3 tygodnie potem wystąpiło drętwienie i bóle w okolicy dużego palca prawej stopy, potem ropienie, następnie zaś zczernienie tegoż palca, który zupełnie odpadł; wkrótce analogiczna sprawa nastapiła w pozostałych palcach prawej stopy, które zmartwiały i odpadły bez szczególnych bólów w przeciągu kilku tygodni, zaś rana zupełnie zagoiła się. W pół roku po urazie w zupełnie identyczny sposób zmartwiały i odpadły wszystkie palce prawej stopy, przyczem również rozpoczęło się od bólów i parestezji w wielkim palcu. Brak przedtem jakichkolwiek objawów chromania przestankowego bądź w kończynach dolnych, bądź w górnych—bóle nigdy nie były silne. Mniej więcej w rok po urazie wystąpił nieznaczny ból i drętwienie w drugim palcu prawej dłoni — i tutaj początkowo wystąpiło ropienie, poczem skóra zczerniała — i ostatni członek odpadł zupełnie bez bólu. Od kilku miesięcy wytworzyły się inne owrzodzenia na tylnej powierzchni obu goleni. 2 miesiące temu wystąpiło drętwienie w IV i V palcu lewej dłoni oraz wzdłuż jej łokciowej powierzchni (uczucie „zaspania"); wkrótce potem analogiczne czucia w symetrycznych miejscach prawej dłoni. Od kilku tygodni znaczne osłabienie całej lewej kończyny górnej, głównie dłoni i palców, w mniejszym stopniu w stawie łokciowym i barkowym — w jeszcze mniejszym stopniu w prawej kończynie górnej. W ostatnich czasach głównie w nocy mimowolne kurczenie się nóg. Stolec, oddawanie moczu bez zmian. Przymiot, alkoholizm zaprzecza. Chory zaczął palić w bardzo młodym wieku i palił bardzo dużo. W narządach wewnętrznych brak zmian przedmiotowych. T. promieniowa lewa nie wyczuwa się, w prawej minimalne tętnienie (84), t. t. ramieniowe tętnią wyraźnie, również łokciowe i udowe; t. t. podkolanowe, goleniowe tylne oraz stopowe nie wyczuwają się. W p r a w e j kończynie górnej siła ruchów w stawie barkowym normalna, w stawie łokciowym zginanie dość dobre, rozginanie niezmiernie osłabione. W l e w e j kończynie górnej osłabienie siły mięśniowej jest jeszcze wybitniejsze—przyczem zajmuje symetryczne grupy mięśniowe. Wybitne zaniki m. trójgłowego i ramiennopromieniowego lewej strony, zaniki m. wyprostnych i w mniejszym stopniu zginaczy przedramienia, wybitne spłaszczenie kłębuszka, w mniejszym stopniu lewego kłębu. Odruch z mięśnia

trójgłowego prawy słaby, z lewej strony otrzymuje się tylko zginanie łokcia. Odruchy kolanowe bardzo żywe, z ścięgna Achillesa prawy zachowany, lewego nie udaje się wywołać. Mosznowe żywe. Brzuszne — zachowane, słabe, łatwo wyczerpujące się. Wszystkie rodzaje czucia zachowane. Na dużym palcu prawej dłoni brak ostatniego członka. Na obu stopach brak wszystkich palców. Na grzbiecie prawej i lewej stopy bliżej zewnętrznego brzegu wielkie symetrycznie położone pokryte ziarniną owrzodzenie. Na paznokciach palców dłoni (głównie II i III) szponowatość i żółtawe zabarwienie. Chód normalny. — Wybitne zmiany w oddziaływaniu elektrycznem mięśni przedramion i dłoni: m. ramienno-promieniowy lewy na prąd przerywany zupełnie nie odpowiada, przy drażnieniu prądem stałym skurcz powolny, w mięśniach kłębu i kłębuszka obu stron, oraz w II i IV międzykostnych prawej dłoni wyraźny odczyn zwyrodnienia.

Przypadek niniejszy nastręcza poważne trudności rozpoznawcze z powodu zespołu zaburzeń odżywczych, zmian w naczyniach obwodowych, zaników mięśniowych z wyraźnym odczynem zwyrodnienia oraz wzmożeniem odruchów ścięgnowych na kończynach dolnych. Ogólny obraz kliniczny oraz cały przebieg choroby (powstawanie ropiejących owrzodzeń na palcach, bezbolesne ich odpadanie oraz następcze wystąpienie zaników mięśniowych) nasuwa — jako najbliższe — przypuszczenie t. zw. choroby Morvan'a, jednakże trudno jest zatrzymać się na niem z powodu braku jakichkolwiek zaburzeń czucia (zwłaszcza bólowego i cieplikowego), nieodzownych dla rozpoznania syringomyelji. Z drugiej strony niepodobna całego obrazu objaśnić wyłącznie zmianami w naczyniach obwodowych z powodu braku wyraźnych objawów bólowych, braku poprzedzającego okresu chromania przestankowego oraz istnienia wyraźnych zaników mięśniowych z odczynem zwyrodnienia. Uzależnienie zaników mięśni przedramion i dłoni od zmian w nerwach obwodowych (neuritis periaxillaris), powstałych na tle niedostatecznego odżywiania nerwu wydaje się nieprawdopodobne, gdyż zmiany w naczyniach kończyn dolnych nie są bynajmniej mniejsze, a jednak nie spostrzegamy tam zaników, natomiast patologicznie wzmożone odruchy ścięgnowe. Najbardziej prawdopodobne więc w przypadku tym jest bądź co bądź istnienie jakiejś sprawy rdzeniowej, której charakteru bliżej nie możemy określić. Stosunek tego cierpienia rdzeniowego do spostrzeganych współcześnie zmian w naczyniach może być w danym przypadku trojaki: 1) albo sprawa rdzeniowa istnieje współrzędnie i niezależnie od zmian w naczyniach (t. zw. usposobienie angjopatyczne? nikotynizm?), co wydaje się najmniej prawdopodobne, 2) albo zmiany naczyniowe nie ograniczają się do naczyń obwodowych, lecz zajmują i naczynia rdzenia, na którem to tle powstało cierpienie rdzeniowe albo, 3) co najprawdopodobniejsze — zmiany w naczyniach obwodowych są takiem samem odżywczem zaburzeniem pochodzenia rdzeniowego, jak ewentualnie zaniki mięśniowe, ropiejące owrzodzenie i martwica palców.

(Streścił mówca).

W dyskusji Higier zaznacza, że w przypadkach współistnienia zmian naczyniowych i rozlanych zaników mięśni możliwe są następujące ewentualności: 1) zmiany w naczyniach i zmiany w nerwach są współrzędne i zależą obie od wrodzonych zaburzeń w poszczególnych układach (dispositio angio-et neuropathica); 2) zmiany w naczyniach zależą od miażdżycy zacieśniającej (endarteriitis obliterans) a zaniki mięśni są wewnątrzpochodne, t. j. zależne od przypadkowego upośledzenia (np. zapalenia wielonerwowego zakaźnego); 3) zmiany naczyniowe są wtórne i zależne od zaburzeń w nerwach (Łapiński), gdyż wiadomo, że w zapaleniu nerwu napięcie unerwianego przezeń naczynia obniża się, elastyczność naczynia zmniejsza się, komórki ściany naczyniowej zanikają i t. d. 4) wreszcie — co w danym przypadku zdaje się mieć miejsce — t. j. pierwotne zmiany naczyniowe z wtórnem uszkodzeniem odpowiednich nerwów. Tego rodzaju zapalenie nerwów różni się od zwykłych postaci (neuritis parenchymatosa et interstitialis), gdyż zniszczenia włókien, otoczek i t. d. niema, a istnieje jedynie, wskutek niedostatecznego dopływu krwi przez zwężone naczynie—obrzęk i niedokrwienie nerwu. Postać ta, zwana zapaleniem nerwu pochodzenia naczyniowego (nevrite d'origine vasculaire czyli periaxiale), odznacza się tem, że pozbawiona naczyń tkanka okołonerwowa pozostaje nietknięta, a cierpią jedynie — i to w nieznacznym stopniu — pochewka nerwu zewnętrzna i tkanka wewnątrz-pęczkowa. Wiadomo wreszcie, że tętnica łokciowa zaopatruje swojemi bocznemi drobnemi gałązkami n. pośrodkowy i łokciowy, które w danym przypadku są najbardziej dotknięte. Rozpoznanie sprawy rdzeniowej pierwotnej tłomaczyłoby jedynie zaburzenia odżywcze rąk i nóg, nigdy zaś ciężkiej miażdżycy zacieśniającej.

Sterling odpowiada, że przeciw obwodowej sprawie w 1-ym przypadku przemawia brak bólu i wzmożenie odruchów.

Flatau zwraca uwagę na to, że w danym przypadku nie było zmian w naczyniach, nie może więc być mowy o miażdżycy jako o przyczynie cierpienia. Absolutny brak bólów przemawia również przeciw tej etjologji. Wyłączyć również należy zapalenie nerwów obwodowych (brak ich bolesności, zaniki mięśni nietylko w mięśniach dalszych, jak to w drobnych mięśniach dłoni, lecz również i w m. trójgłowym). Najprawdopodobniej mamy do czynienia z cierpieniem pochodzenia rdzeniowego, przyczem grupa komórek współczulnych (w rogu bocznym) przeważnie uległa zmianom (objawy naczynioruchowe w kończynach górnych i dolnych!).

4) Bychowski przedstawił przypadek porażenia wrzekomo-opuszkowego. Chory, 50 letni zegarmistrz, przed 3½ r. podczas pogromu w Siedlcach był naocznym świadkiem okrutnej śmierci matki, syna i wnuczki. Już kilka dni po pogromie mowa chorego stała się powolną. Wybitnych zaburzeń jednakże wtedy jeszcze prawdopodobnie nie było, skoro wkrótce potem wyemigrował do Ameryki. Po krótkim jednakże tam pobycie mowa stała się coraz mniej wyraźną. Od 2-ch

lat jest mniej więcej taka jak obecnie. Przed rokiem B. znalazł maskowaty wygląd twarzy z pewną skłonnością do płaczu, wzmożone odruchy ścięgnowe na górnych i dolnych kończynach, po lewej stronie czasami dodatni objaw Babińskiego. Podniebienie miękkie nie zawsze się kurczyło. Po 5 miesiącach stan mowy bez zmian; na lewej stopie dodatni objaw Babińskiego już stały, na prawej pod znakiem zapytania.

Obecnie górują przedewszystkiem zaburzenia mowy. Przy wielkim wysiłku można, i to nie zawsze, rozumieć chorego. Głos jest pozbawiony wszelkiej barwy, sylaby się zlewają, otrzymując wybitny nosowy przydźwięk. Natomiast niema żadnych zaburzeń ściśle afatycznych. Budowa zdania i poszczególnych wyrazów zupełnie nie zmieniona. Oddzielne litery prawie wszystkie chory wymawia zrozumiale ze swoistem zabarwieniem matowo-nosowem. Łykanie, żucie, oddychanie zupełnie bez zarzutu. Wargi nieco miększe, niż dawniej. Uczynić ich zupełnie sztywnemi nie może. Pali papierosa sprawnie, język wysuwa dosyć dobrze, ruchy boczne zachowane, zagiąć go do góry i uczynić go zupełnie sztywnym nie może. Zewnętrzny brzeg prawej połowy nieco wyszczerbiony. Włókienkowe kurcze na języku. Podniebienie miękkie prawie nieruchome, kurczy się tylko przy podrażnieniu gardzieli. Porażenia strun głosowych niema, lecz podczas fonacji nie mogą się one długo utrzymać w jednej pozycji, wykonywują bezładne ruchy. Tak samo i nadgłośnia podczas fonacji od czasu do czasu opuszcza się i zakrywa krtań. Zmian elektrycznych ani jakościowych, ani ilościowych w mięśniach podniebienia miękkiego i języka niema. Niema ich też na lewej dłoni, na którą chory narzeka, że od kilku miesięcy nie jest tak zgrabna przy jego subtelnej robocie, jak dawniej. Na lewej dłoni przestrzenie międzykostne wyraźniejsze, niż na prawej, również i ścięgna zginaczy palców na lewej dłoni więcej się uwydatniają. Odruchy ścięgnowe i okostnowe na górnych kończynach wzmożone, na dolnych kończynach odruchy ścięgnowe i podeszwowe żywe. Objaw Babińskiego z lewej strony dodatni, z prawej—wątpliwy. Z lewej strony odruch stopy drgawkowy. Odruchy brzuszne żywe.

Biorąc pod uwagę cały przebieg cierpienia, B. rozpoznaje porażenie wrzekomo-opuszkowe. Jakkolwiek teraz są pewne objawy, które można byłoby uzależnić od zmian w samych jądrach odnośnych nerwów (drgania włókienkowe i zaniki w języku), ale należy pamiętać, że zmiana mowy już trwa od 2-ch lat, a zwłaszcza upośledzenie jej datuje od przeszło 3-ch, i że przed rokiem, kiedy mowa była już tak mało zrozumiała, jak i obecnie, wszystkich tych zmian w narządach wykonawczych (język, wargi) nie było. Zupełnie prawidłowe oddziaływanie elektryczne też przemawia przeciwko porażeniu opuszkowemu. Zresztą, i tę okoliczność B. pragnąłby szczególnie podkreślić, nie mamy tu wogóle żadnych porażeń ani niedowładów w odnośnych mięśniach wykonawczych, bo przy innych zbiorowych czynnościach, jak żucie, łykanie i t. p., nie wykazują one zaburzeń. Z tego wnioskować należy, że mamy tu do czynienia nie z upośledzeniem czynności tego lub owego mięśnia, lecz z upośledzeniem całych zespołów. Za punkt wyjścia sprawy patologicznej nie można tu uważać jąder odnośnych

nerwów, lecz dotąd jeszcze bliżej nie określone ośrodki podkorowe, zarządzające kojarzeniem odnośnych narządów podczas mowy artykułowanej. Wobec braku wszelkich objawów t. zw. korowo-ogniskowych—należy przypuścić, że sama kora tu nie jest zajęta. Mamy więc prawdopodobnie do czynienia z jakąś sprawą, umiejscowioną gdzieś między korą a opuszką, więc podkorową lub nadjądrową.

Zasługują też na uwagę wzmożone odruchy ścięgnowe u chorego, dowodzące wraz z dodatnim objawem Babińskiego na jednej, względnie na obu stopach, istnienia zaburzeń w czynnościach szlaków piramidowych; zaburzenia te zaczęły się już przynajmniej przed rokiem. I tu w szlakach tych właściwie dotknięta jest nie ich zdolność przewodnictwa bodźców ruchowych (chód chorego i ruchy dłoni nie przedstawiają nic do życzenia)—lecz przeważnie ich zdolność hamowania odruchów rdzeniowych. I ta okoliczność przemawia za ogniskiem podkorowem, a nie opuszkowem. Wobec wzmożonej odruchowości rdzeniowej i objawów opuszkowych mogła by powstać myśl, że mamy tu do czynienia z chorobą Charcota — stwardnieniem bocznem z zanikiem mięśni, B. jednakże to rozpoznanie nie wydaje się trafnem. Dalej w chorobie tej jako pierwotnem cierpieniu obwodowego neuronu ruchowego mielibyśmy niezawodnie już—w przeciągu 2—3 lat—wyraźne zaniki i porażenia w kończynach, zmiany jakościowe w oddziaływaniu elektrycznem. Braki, które od niedawna dopiero wystąpiły w czynności drobnych mięśni lewej dłoni, są zbyt niewielkie i zbyt świeże, żeby można było je genetycznie połączyć z istniejącemi już od 2—3-ch lat zaburzeniami artykulacji. I nagły początek po niezwykle silnym urazie psychicznym więcej przemawia za jakąś sprawą podkorową—wskutek niewielkich wylewów i t. p.—niż za układowem, zwykle stopniowo i symetrycznie rozwijającem się cierpieniem, jakiem jest stwardnienie boczne z zanikami mięśni.

D y s k u s j a.

S t e r l i n g uważa przypadek powyższy za porażenie opuszkowe istotne—a nie wrzekome; zaburzenia w dziedzinie złożonych zespołów ruchowych mogłyby przemawiać tylko za sprawą mózgową, w danym zaś przypadku różniczkować można tylko z porażeniem ponadjądrowem (brak napadów udarowych, brak zmian psychicznych). Brak w oddziaływaniu elektrycznem nie może być rozstrzygającym wobec wyraźnych zaników i drgań włókienkowych. Elektywny charakter zmian opuszkowych w danym przypadku nie jest czemś dla porażeń opuszkowych niezwykłem (przypadki zajęcia tętnicy móżdżkowej dolnej).

B o r s t e i n jest zdania, że mamy tu do czynienia z cierpieniem opuszkowem, zaś nie z wrzekomo-opuszkowem, jak tego chce prelegent. Przemawia za cierpieniem opuszkowem szereg faktów, z których najważniejszy to drżenie włókienkowe języka i poczynający się zanik, dalej brak w wywiadach danych co do napadów udarowych obustronnych, które dawać mogą w rezultacie t. zw. objawy wrzekomo-opuszkowe. Dalej B. sądzi, że porażenie opuszki nie jest w tym przypadku samodzielnem cierpieniem w sensie klinicznej postaci Duchenne'a, ale początkiem stwardnienia bocznego z zanikiem mięśni nietypowej postaci, gdzie choroba rozpoczyna

się od objawów opuszkowych, zaś później dopiero przechodzi na kończyny, jak to opisują autorowie angielscy. Zresztą już i tu mamy zaniki w mięśniach dłoni.

Gajkiewicz podnosi obecność drgań włókienkowych i skłania się do przyjęcia stwardnienia bocznego z zanikiem mięśni.

Kopczyński St. zaznacza, iż rozpoczynanie się stwardnienia bocznego od porażenia opuszkowego do rzadkości nie należy, jak tego dowodzą jego własne spostrzeżenia.

W odpowiedzi na uwagi Sterlinga i Bornsteina B. zaznacza, że w danym przypadku w rozpoznaniu należy się liczyć nietylko ze stanem chorego w chwili obecnej, lecz z całym rozwojem tej sprawy; przed rokiem, kiedy już były wszystkie obecne zaburzenia w artykulacyi, stanowczo żadnych zaników nie było. Gdyby tu była pierwotna jądrowa sprawa, jak przypuszczają oponenci, to przed rokiem, kiedy zaburzenia artykulacji już trwały od 1—2 lat, zapewne były by już i objawy zaniku i zwyrodnienia. Wszak cierpienie, które S. i Bor. rozpoznają nazywa się postępującem i zwykle w przeciągu 3 lat doprowadza do śmierci. Niedostatecznie też, według B., oponenci sobie zdają sprawę z tej okoliczności, że inne czynności, które też są zależne od języka, nosa, podniebienia, policzków i nagłośni, jak łykanie, żucie i t. p., są w danym przypadku zupełnie zachowane, co, zdaje się, byłoby niemożliwe w prawdziwem postępującem porażeniu opuszkowem, wzgl. w stwardnieniu bocznem z zanikiem mięśni.

Bregman zwraca uwagę na to, że w stwardnieniu bocznem z zanikiem mięśni sprawa chorobowa w pniu mózgu, tak samo jak w rdzeniu, dotyka nie tylko jądra nerwów mózgowych, ale i tory nadjądrowe tych nerwów, które są dla nich tem samem, czem pęczki piramidowe są dla nerwów rdzeniowych. Możliwą jest rzeczą, że w niektorych przypadkach tory te najpierw zwyrodnieniu ulegają i dlatego obraz kliniczny jak np. w przypadku prelegenta, nosi cechy porażenia nadjądrowego; jest to jednakże niewątpliwy przypadek stwardnienia bocznego z zanikiem mięśni. Co się tyczy niejednakowego zachowania się czynności opuszkowych w przedstawianym przypadku, Bregman sądzi, że nie jest to powód dostateczny, żeby odrzucić sprawę opuszkową. W przypadku ostrego porażenia opuszkowego na tle zatoru w tętnicy móżdżku tylnej dolnej mówca spostrzegał niedawno zupełną niemożność łykania przy braku jakichkolwiek zaburzeń mowy. Niewątpliwie ośrodki są w opuszce topograficznie rozgraniczone, choć dokładne umiejscowienie ich nie jest jeszcze ustalone. Co jest możliwe w sprawie ostrej, możliwe jest i w sprawie przewlekłej: zatem i w stwardnieniu bocznem z zanikiem mięśni ośrodki opuszkowe mogą być oddzielnie naruszone.

5) T. Łapiński przedstawił przypadek psychozy przypuszczalnie padaczkowego pochodzenia.

Z. 51 l. były obywatel, ostatnio urzędnik kolei; wyskoku nie nadużywał; syfilisu nie przechodził. Matka i siostra cierpią na migrenę; najmłodszy brat miewa drgawki ogólne; najstarszy od kilkunastu lat dotknięty jest chorobą umysłową. Pacjent przedstawiony miewał kilkakrotnie jakieś omdlenia; cierpi przytem na migrenę; drgawek ogólnych jakoby nie mie-

wał; mówi wogóle o tem niechętnie. Na jesieni r. 1876 był 4 tygodnie podniecony; w 1877 r. przebywał miesiąc w szpitalu Jana Bożego, również wskutek napadu podniecenia; w sierpniu 1879 r. przybywa znów do tegoż szpitala, szybko się uspokaja; w roku 1883 spędza 6 miesięcy w prywatnym zakładzie; we wrześniu 1886 r. trafia po raz trzeci do szpitala Jana Bożego z osłabieniem pamięci, krótkotrwałymi napadami podniecenia; w 1894 r. umieszczony w Tworkach, przebywa tam do lipca 1897 r.; we wrześniu 1907 r. z powodu ogólnego zdenerwowania jedzie do Ojcowa, stamtąd udaje się do Drewnicy, a 2 listopada 1909 roku umieszczony zostaje po raz 4 w szpitalu Jana Bożego. Po za stanami podrażnienia Z. podlegał napadom przygnębienia. 17 listopada 1909 r. stojąc u ściany zaczął się słaniać, wreszcie osunął się na podłogę i zasnął.

Obecnie badanie przedmiotowe wykazuje stępienie w prawym wierzchołku, tony serca głuche, zniesienie odruchów spojówkowego, gardzielowego i brzusznych.

Chory orjentuje się w czasie, przestrzeni i otoczeniu; nie zdaje sobie sprawy dlaczego umieszczony został w szpitalu, nie myśli o tem wcale. Pytany, odpowiada szybko, działania arytmetyczne wykonywa jako tako; zasób wiadomości niewielki; z pojęciami oderwanemi nie daje sobie rady. Widoczne ubóstwo kojarzeń; w odpowiedzi na słowo drażniące powtarza to słowo, lub tłómaczy na język niemiecki i rosyjski, rzadko zaś ucieka się do opisu. Mówi dużo, przeskakuje z jednego przedmiotu na drugi. Pamięć, zdolność zapamiętywania upośledzona; zbytnia odwracalność uwagi. O sobie Z. jest najlepszego zdania, wad wcale nie posiada, skarży się na wszystkich; częstokroć bywa podrażniony. Do lekarzy mówi zwykle głosem słodkim, uniżonym, całuje po rękach, zwłaszcza gdy chodzi mu o otrzymanie czegoś. Pobyt w szpitalu mu nie ciąży, jest mu tutaj bardzo dobrze, radby zostać urzędnikiem w szpitalu; innego znowu dnia opowiada, że zostanie zakonnikiem. Pragnienia Z. po za obręb urlopu nie przekraczają; na żądaniach swych zbytnio nie nastaje. Stroi głowę lub nogi w brudne szmaty; w nocy wypróżnia się obok łóżka; na spacerze zbiera kawałki szkła, drzewa i t. p.

Wobec istnienia u rodzeństwa migreny, drgawek ogólnych, a u samego Z. omdleń, migreny, wobec braku właściwego podniecenia, wobec ubóstwa kojarzeń i krótkotrwałości stanów podrażnienia, wobec zachowania się Z. i jego egocentryzmu, wreszcie wobec otępienia—przypuszczam u Z. psychozę pochodzenia padaczkowego.

(Streścił mówca).

W dyskusji Bornstein zastrzega się, że na podstawie referatu, bez badania i obserwacji chorego, trudno jest powiedzieć coś stanowczego. Jednak na zasadzie tego, co usłyszeliśmy od referenta, nie wydaje się pewnem jego rozpoznanie. Niema, o ile się zdaje, owych typowych cech psychiki padaczkowej, jak pedanterja, rozwlekłość mowy, szerokie omawianie szczegółów, nie mających znaczenia, dalej brak wyraźnych danych co do stanów zamroczeń o charakterze padaczkowym. Na B. robi ta psychoza wrażenie zwyrodnieniowej.

Sterling nie uważa danych klinicznych w niniejszym przypadku za wystarczające do rozpoznania psychozy padaczkowej, brak tu swoistych cech, właściwych padaczce psychicznej z wyjątkiem jedynego może objawu napadów podrażnienia, które zresztą zdarzać się mogą i w rozmaitych innych stanach zwyrodnienia. S. nie wyłączyłby tu psychozy manjakalnej pomimo istnienia nieznacznego otępienia.

Pręgowski rozpoznaje w danym przypadku psychozę zwyrodnieniową i zarzuca prelegentowi brak należytej demonstracji.

Na zarzuty Bornsteina, że rozpoznanie w danym przypadku było mało uzasadnione, gdyż nie było objawów charakterystycznych padaczki Ł. przypomina, że u chorego bywały omdlenia, że bywał on słodki i uniżony z wyższymi i brutalny z niższymi, że podrażnienie trwało zwykle bardzo krótko i cechowało się ubóstwem kojarzeń. Wszystkie te objawy według Ł. uprawomocniają do rozpoznania psychozy padaczkowego pochodzenia. W istnienie odrębnej psychozy zwyrodnieniowej Ł. nie wierzy. Istniejące otępienie samo przez się zbija zarzut Sterlinga, który przypuszcza w danym razie psychozę manjakalno-depresyjną. Faktem jest bowiem, że cierpienie to otępieniem się nie kończy (Kraepelin). W razie wystąpienia otępienia należy przypuszczać, iż miało się do czynienia z jakąś inną postacią chorobową, najprawdopodobniej z otępieniem wczesnem, psychozą padaczkową, lub też że otępienie było przejściowe. Tylko w ostatnim razie rozpoznanie psychozy manjakalno-depresyjnej jest możliwe.

6) W. Knappe przedstawił przypadek twardzieli skóry (sclerodermia). Chora, lat 22, posługaczka szpitala w Grodnie, przybyła na oddział d-ra O. Hewelkego w szpitalu ś-go Rocha.

Chora uskarża się na zmiany w skórze twarzy, kończyn i tułowia, na swędzenie skóry głównie na udach, uczucie chłodu, utrudnienie ruchów w kończynach górnych, zwłaszcza palców. Początku choroby dokładnie co do daty nie zauważyła, jak również nie może podać przyczyny choroby; spostrzegła jedynie, że od 3 lat palce u rąk zaczęły drętwieć i sinieć pod wpływem chłodu, nawet po umyciu zimną wodą; sinica palców trwała dotąd, dopóki się chora nie ogrzała przy piecu lub w wodzie ciepłej. Latem i w cieple sinica nie występowała. Wkrótce palce i ręce zaczęły sztywnieć, a od roku doznaje bólu w palcach, w członkach paznokciowych, które zaczęły się kurczyć i grubieć. Stopniowo występowały zmiany skóry na twarzy, ramionach i udach; zmiany dokoła kolan zauważyła dopiero od miesiąca. Stopy są zdrowe. chodzić może. Pracować nie jest w stanie z powodu sztywności palców. Na twarzy chora ma uczucie ucisku jakby od maski; uskarża się na suchość w gardle, na szum w uszach i chwilowe zawroty głowy; od dłuższego czasu zupełnie się nie poci, przeciwnie, ciągle ma uczucie zimna i trudno jest jej się ogrzać.

Poprzednio nigdy nie chorowała; w szczególności krwią nie pluła, zapaleń płucnych nie przechodziła; jest panną (badanie ginekologiczne: virgo intacta); miesiączkuje nieprawidłowo: perjod wstrzymał się przez 3 miesiące, niedawno zjawił się znowu, trwał 3 dni, był natężenia średniego.

Ojca zupełnie nie pamięta. Matka ma lał 60, choruje od dłuższego czasu na nogi („reumatyzm lub artretyzm"); brat i dwie siostry są zdro-

wi; nikogo z rodzeństwa nie straciła; nikt w rodzinie podobnej choroby jak pacjentka nie ma.

Stan obecny. Chora budowy i odżywiania średniego. Na szyi po stronie lewej wyczuwają się w głębi drobne gruczoły chłonne; w innych miejscach gruczoły się nie wyczuwają. Pojemność klatki piersiowej od 83—87 cm. Zmian chorobowych w płucach nie wykryto.

Serce nie powiększone; tory nieco głuche. Tętno rytmiczne, słabe, po stronie prawej na tętnicy promieniowej z powodu zgrubienia skóry niewyczuwalne.

Skóra twarzy, klatki piersiowej, ramion, przedramienia, kiści — lśniąca, wygładzona, obciągnięta; nie może być uniesiona ku górze. Na klatce piersiowej i przedramieniach, oraz miejscami na szyi lśniące białe smugi na podobieństwo blizn po oparzelinach powierzchownych. Pozatem skóra na szyi niezmieniona. Skóra brzucha i ud zgrubiała, mało sprężysta, lecz ruchoma; na udach liczne ślady zdrapania naskórka.

Skutkiem zmian skóry utrudnione są ruchy mimiczne twarzy. Zginanie w stawach łokciowych do połowy ograniczone. Kiście nieruchome skutkiem naciągniętej skóry, jak wskutek blizn po głębokich oparzelinach. Członki palców paznokciowe u rąk zagięte, skurczone, kolbkowato rozszerzone; paznokcie pozaginane, poprzeczne prążkowane. Stopy są wolne, jedynie paznokcie są pozaginane, poprzecznie prążkowane. Włosy miękkie, suche; wychodzą ze skóry głowy; pod pachami owłosienie jest bardzo liche, na wzgórku łonowem rzadkie, mało zmienione.

Układ nerwowy co do rodzajów czucia skórnego (dotykowego, bólowego, termicznego), czucia mięśnio-stawowego, odruchów ścięgnowych, dziedziny ruchowej, narządów zmysłów—zmian nie przedstawia. Chora ma czucie skórne bardzo wysubtelnione; podmiotowo uskarża się na swędzenie i uczucie chłodu.

Z badań szczegółowych podnieść należy: dodatni wynik próby Cammidge'a (mikroskopowo) w moczu przy braku jakichkolwiek innych zmian chemicznych i w osadzie. Badanie krwi wykazało znaczną leukocytozę (12,800) przy prawidłowym niemal stosunku poszczególnych postaci krążków białych (77% wielokształtno-jądrowych: neutrofilów, eozynofilów i bazofilów i 23% jednojądrowych: limfocytów, przejściowych myelocytów). Ciężar gatunkowy krwi nieco niższy (1041), liczba krążków czerwonych i odsetek hemoglobiny— prawidłowy.

Próba tuberkulinowa Pirqueta (10%) dała wynik dodatni, bardzo wyraźny; zabarwienie po nacieczeniu widoczne w 2 tygodnie po próbie (gruźlica ustrojowa).

Przypadek powyższy zasługuje na uwagę ze względu na rozległe zmiany skóry (sclerodermia diffusa), które rozwinęły się, o ile sądzić można z wywiadów, niezwykle szybko. Na skórze chorej znajdują się zmiany charakterystyczne dla każdego z okresów rozwoju choroby według Kaposi'ego (stadium elevatum na brzuchu, udach; indurativum: na twarzy, kończynach górnych i tułowiu, oraz atrophicum: na palcach rąk, miejscami tułowia i przedramionach). Ulubione miejsce choroby— szyja—stosunkowo mało zmieniona. Nieprawidłowe zabarwienie znajduje-

my na skórze przedramion i twarzy. Nadto zmiany, jak to często bywa, dotyczą części głębszych: mięśni, stawów i kości: zanik na kłębie i kłębuszku po stronie lewej (brak odruchów jedynie w tem miejscu); nieruchomość stawów palcowych, oraz zmiany w kościach członków paznokciowych. „Sclerodactylia" w tym przypadku jest nietypowa ze względu na kolbkowate zgrubienie członków palców (Trommelschlägelfinger). Ze zmian naczynioruchowych uwydatnia się rozszerzenie naczyń na twarzy (twarz czerwona) oraz często występująca sinica na palcach przy zetknięciu z zimnymi przedmiotami.

Powikłań (porażeń, napadów padaczkowych, przygnębienia) niema; niema również jak dotąd oznak innych pokrewnych chorób (Basedow'a, Adisson'a, Raynaud'a, hemiatrophia etc.). Jednak zauważyć należy, że wynik dodatni próby Cammidge'a nasuwa podejrzenie na zachorzenie gruczołów wewnętrznych, jeżeli nie trzustki, to może nadnerczy, a próba Pirqueta — na możliwość gruźliczego podłoża sprawy.

Pod względem e t j o l o g i c z n y m przypadek jest ciemny, jak i wszystkie dotąd ogłoszone przypadki.

Leczenie polega na stosowaniu do wewnątrz salicylu (jak dotąd z dobrym skutkiem: napięcie skóry się zmniejsza, ruchy w stawach łokciowych wolniejsze, powróciło pocenie!), jodu à 0,5, ogrzewań ogólnych i miejscowych przyrządami Biera, kąpielach ciepłych. Nadto rozpocznie się zastrzykiwanie Thiosinaminy (Fibrolysiny) według zaleceń Hebry.

Rokowanie ze względu na szybki przebieg cierpienia i rozległość zmian jest poważne; nie wyłączona jest jednak możliwość poprawy. Ogólnie sprawy podobne kończą się charłactwem lub wyniszczeniem skutkiem połączenia z innemi chorobami (Adisson'a, Basedow'a).

(Streścił mówca).

B i r o uważa przypadek kol. Knappego za interesujący ze względu na postać, na zmiany w narządach wewnętrznych i leczenie. — W twardzieli końce palców są najczęściej ścieniałe; chora kol. K. ma palce o kształcie pałeczek do bębna (Trommelfinger). Takie palce bywają w zaburzeniach krążenia, a więc w niektórych wadach serca, oraz w cierpieniach płuc z dużemi jamami. B. ma i obecnie w obserwacji pacjentkę z twardzielą oraz pewnemi zmianami w płucach i w sercu. Niektórzy wiążą twardziel z gruźlicą oraz z zaburzeniami krążenia. Zmiany, jakie B. widywał, są zbyt małe, by uważać je można było za tło dużych zmian twardzielowych. Raczej woli B. przypuścić, że są to zaburzenia w narządach wewnętrznych na tle twardzieli lub w pewnym z nią związku, rzeczy z nią współrzędne. Jeśli chodzi o postać twardzieli, to trzeba każdej postaci nadawać pewne znaczenie, bo różne postaci mają różny przebieg i dają rozmaite rokowanie. Najłagodniejsza jest „sclérodermie en bandes" — twardziel w postaci pasm. W tych razach nie zajmuje ona dużych obszarów pomimo długiego trwania. Niedawno widział B. pacjenta 25 letniego, który od kilku lat miał placek twardzielowy długości 10 cm., szerokości 4 cm. na czole i takiż na podbródku po tej że stronie. Sprawa trwała lata, miejscowo była daleko posunięta, bo doprowadziła do zaniku skóry i części kości,

w których pozostało wyżłobienie, a powierzchni większych nie zajęła. Najuporczywszą postacią jest twardziel palców (sclerodactylia), złośliwsza od twardzieli ogólnej. Rokowanie jest w związku z przebiegiem. B. obserwował przed rokiem przypadek twardzieli ogólnej z niezwykle szybkim przebiegiem, zakończony wyzdrowieniem. W 2 — 3 miesiące cierpienie zajęło całą powierzchnię ciała; w tyleż miesięcy ustąpiło. Cofanie się objawów szło w kierunku odwrotnym, niż ich powstawanie. Ze środków leczniczych nadaje B. dużą rolę ciepłu i pewne znaczenie elektryzacji, jako środkowi, służącemu do gimnastyki oddzielnych części ciała w celu uchronienia ich od unieruchomienia.

Landau Anastazy zwraca uwagę, iż palców bębenkowych w przypadku kol. Knappego nie można kłaść na karb przypuszczalnej gruźlicy, występują one bowiem wyłącznie w gruźlicy rozpadowej z tworzenia się jam; wogóle zdaniem L. rozpoznanie gruźlicy płuc w danym razie nie jest zupełnie pewne, gdyż dodatni wynik próby Pirquet'a, na którym opiera się kol. Knappe, nie jest miarodajny. O ile zachwyt po pierwszych spostrzeżeniach, dotyczących prób rozpoznawczych z tuberkuliną, był wielki, o tyle przykre było późniejsze rozczarowanie; okazało się mianowicie, iż wszystkie próby tuberkulinowe, a zwłaszcza Pirquet'a, mają znaczenie bardziej anatomopatologiczne. Próby Pirquet'a znajdowano u osobników, u których sekcja wykrywała stare zwapniałe ogniska gruźlicze a zatem u ludzi, którzy z punktu widzenia klinicznego uważani być muszą za zdrowych.

7) Wurcelman przedstawił:

a) Przypadek choroby Parkinsona. Chora ma obecnie 23 lata, zapisała się na oddział d-ra Bregmana w dn. 17/XII 1909. Choruje blizko 2 lata. W początku objawy ogólnego osłabienia, po ½ roku drżenie w prawej kończynie górnej, następnie w lewej, w końcu w kończynach dolnych, lecz w słabszym stopniu. Przed pół r. zauważyła trudność przy ruchach i chodzie. Zachorowała po śmierci jednej siostry (gruźlica) i chorobie drugiej (histerja). St. obecny. Objawy zwyrodnienia. Pro-retrolateropulsio. Napięcie wszystkich mięśni znacznie wzmożone. Postawa, twarz, ułożenie kończyn, zwłaszcza dłoni charakterystyczne dla choroby Parkinsona. Drżenie o dużej amplitudzie, przy wzruszeniu i ruchach większe, z prawej strony większe, niż z lewej. Odruchy i czucie normalne.

Jest to niewątpliwy i typowy przypadek choroby Parkinsona. Dotychczas opisanych jest 5 przypadków tej choroby w młodym wieku, tak iż obecny przypadek należy do rzadko spotykanych.

b) Przypadek stwardnienia wieloogniskowego o ostrym przebiegu.

Chora ma 29 lat, w dn. 14/XII 1909 r. wstąpiła na oddział d-ra Bregmana. Choruje od 4 mies. Nagle wystąpiły ogólne dreszcze, poczem zjawiły się parestezje w kończynach dolnych, później bóle, również i w krzyżu, wzmagające się przy ruchach. Po paru dniach zaburzenia w oddawaniu moczu, zaparcie stolca, zaprzestała chodzić, po 3 tyg. parestezje i drżenie przy ruchach w kończynach górnych, po 4 tyg. zaburzenia łykania i mowy. Zawrotów, bólów głowy, wymiotów nie ma. Etjologja niewiadoma.

St. obecny. Stać, chodzić nie może. Niedowład kończyn dolnych, zwłaszcza lewej, napięcie mięśni wzmożone, odruch drgawkowy, rzepki i stopy, odruch Babińskiego z obu stron. Nieznaczny niedowład lewej, drżenie zamiarowe w obu kończynach górnych. Odruchy brzuszne zniesione. Drżenie gałek ocznych. Mowa skandowana, zwolniona. Mimowolny śmiech. Lekkie zaburzenia łykania. Dno oka bez zmian. Psychika normalna. Próba Wassermana ujemna. Czucie mięśniowe mocno naruszone w kończynach dolnych, mniej w górnych; w prawych kończynach silniej. Niedorozwój układu krwionośnego. Tętno słabe. Tony serca czyste, słabe.

Mamy tutaj wszystkie objawy klasyczne stwardnienia o nadzwyczaj szybkim przebiegu. W ciągu paru tygodni sprawa dosięgła tego stopnia, jaki zwykle widzimy dopiero po wielu latach. Na uwagę zasługuje wczesne wystąpienie objawów opuszkowych, które spostrzegano także w innych, tak nielicznych jeszcze spostrzeżeniach ostrego stwardnienia wieloogniskowego.

(Streścił mówca).

8) Tumpowski przedstawił przypadek rozsianego zapalenia nerwów na tle cukrzycy, powikłanej przymiotem.

U 50-letniej chorej, cierpiącej od 12 lat na moczówkę cukrową, w maju 1909 r. zjawiło się owrzodzenie na paluchu lewej stopy z następczą zgorzelą i odpadnięciem palucha; powierzchowne owrzodzenie, szybko zagojone, na paluchu prawej stopy; wreszcie owrzodzenie na tyle prawej stopy, które przyjęło kierunek drążący i przenikło na podeszwę; wszystkie te sprawy przebiegały bez żadnego bólu. Przed 3 mies. nastąpiło opadnięcie lewej powieki, które przeminęło po 2 mies. Od pół roku osłabienie obu kończyn dolnych, od 3 mies. zupełnie nie chodzi. W kończynach dolnych odczuwanie podmiotowe zimna i kłucia, w stopach drętwienie. Chora nadużywała wyskoku; miała jedno dziecko, zmarłe w 2-im roku, dwa poronienia. Badanie przedmiotowe: wychudnięcie ogólne, miażdżyca tętnic, 3 — 4 litrów moczu dziennie, cukru 5½%; wyczuwa się gruczołki chłonne na karku, szyi, w okolicy łokci, pachwin. Nerwy czaszkowe, dno oka, psychika bez żadnych zmian. Kończyny górne przedstawiają się normalnie. W kończynach dolnych zanik tkanki mięśniowej ogólny, większy w lewej. Nieznaczny ból przy ucisku lewej łydki i przy biernych ruchach lewej kończyny dolnej. Ruchy czynne wszystkie bardzo osłabione, w lewej kończynie znaczniej, przywodzenie lewego uda zupełnie niemożliwe; względnie najlepiej zachowane ruchy stóp i palców. Brak odruchów kolanowych i stopowych po obu stronach. Objawu Babińskiego, Romberga, bezładu, zmian czucia niema. Badanie elektryczne: brak oddziaływania w obu nerwach zasłonowych, w mięśniach doprowadzających uda skurcz robaczkowy, Ka. przeważa nad An.; w lewym mięśniu prostym skurcz przy 10 MA, Ka. przeważa nad An. Chora nie może chodzić, ani unieść się z pozycji leżącej bez pomocy. Podczas pobytu w szpitalu (stosowano leczenie swoiste i djetę przeciwcukrzycową) stan chorej poprawił się: ilość moczu doszła

do 1500 z 1½% cukru, chora czuła się silniejszą, była w stanie chodzić bez pomocy. Wykonana próba Wasermana dała wynik dodatni, badanie cytodjagnostyczne limfocytozy nie wykazało.

Rozpoznanie: chora dotknięta jest cukrzycą, na której tle rozwinęło się zapalenie nerwów rozsiane (polineuritis diabetica, paraplegia diabetica). O obwodowem pochodzeniu porażenia świadczy nierównomierność w zajęciu mięśni, zaniki, zaburzenia oddziaływania elektrycznego. Prócz tego mamy u chorej szereg zaburzeń (porażenie mięśni ocznych, brak odruchów kończyn dolnych, bezbolesne zgorzele, objaw Wasermana), które mogą się rozwijać na tle przymiotu układu nerwowego, wzgl. wiądu rdzenia, przypuszczenie jednak tej sprawy trudne jest do udowodnienia wobec tego, iż wszystkie te objawy mogą występować i w cukrzycy.

(Streścił mówca).

L a n d a u zaznacza, iż obraz rozsianego zapalenia nerwów nie jest w danym razie typowy dla cukrzycy. W przypadku tym sprawa chorobowa dotyczy głównie nerwów zasłonowych, gdy w cukrzycy poza nerwem kulszowym dotknięty bywa zazwyczaj nerw udowy cały lub niektóre jego gałązki. Co się tyczy objawów zgorzelinowych na stopach, to one wobec drożnych tętnic zależą prawdopodobnie od zmian rdzeniowych. W końcu Landau rozpatruje sprawę związku przyczynowego między kiłą a cukrzycą i dowodzi, iż bywa on dwojaki, zależny od rdzenia przedłużonego lub też od trzustki.

B i r o podnosi stosunek zapalenia nerwów do moczówki cukrowej. W pracy swej „Wiąd rdzenia i cierpienie nerwu kulszowego" wskazał B., że w moczówce cukrowej zachodzą zaburzenia odruchów i że często pierwszym objawem zmian w nerwach w tem cierpieniu jest brak odruchu ze ścięgna Achillesa. Jakkolwiek zaburzenia odruchów w tych razach dowodzą w pewnym stopniu stanu zapalnego nerwów, twierdzi B., że zapalenie nerwów w moczówce cukrowej różni się od zapalenia nerwów innego pochodzenia. Nigdy w tych razach nie widuje się zaburzeń odruchów, zaburzeń czucia, zaników mięśni oraz zmian oddziaływania elektrycznego, lecz niektóre tylko z tych objawów, najczęściej tylko zniesienie odruchów ścięgnowych, czyli że w moczówce cukrowej zachodzą zapalenia nerwów w postaci poronnej, niedokształconej.

T u m p o w s k i uważa powstanie ośrodkowe cukromoczu u chorej za nieprawdopodobne wobec braku zwykłych w tych przypadkach zaburzeń opuszkowych. Nie odrzucając możliwości wiądu u chorej, T. wskazuje jedynie na brak dostatecznych danych dla wykazania tej sprawy. Tętno w naczyniach w obu kończynach dolnych było zachowane i prawidłowe.

9) F l a t a u. O n o w o t w o r a c h m ó z g u o o s t r y m, ś m i e r t e l n y m p r z e b i e g u.

Przypadek dotyczył chorej 26 letniej, u której pierwsze objawy chorobowe powstały na 3 miesiące przed śmiercią. Skarżyła się mianowicie z początku na gwałtowny zawrót głowy; ból powyżej czoła. Ból ten powtarzał się perjodycznie w okolicy czołowej i potylicowej, trwał po kilka godzin, towarzyszyły mu wymioty. Podczas bólu głowy chodzić nie

mogła, chwiała się. Urazu nie było. Dawniej nigdy na bóle głowy nie cierpiała. Virgo intacta.

Stan (na miesiąc przed śmiercią). Bolesność czaszki w części potylicowej. Żadnych zmian miejscowych z wyjątkiem pewnego wzmożenia lewego odruchu kolanowego. Dno oka: z prawej strony przekrwienie, z lewej wyraźne krwotoki wzdłuż naczyń około tarczy u dołu. Sama tarcza lewa wykazuje początkowy okres zastoiny, wzgl. zapalenia nerwu. Wzrok z prawej strony $^1/_2$, z lewej $^1/_6$. Chora przez cały czas pobytu w szpitalu miewała od czasu do czasu (prawie codzień) napady szalonych bólów głowy z wymiotami. Podczas tych napadów jęczała i krzyczała w niebogłosy. Nawet morfina nieznacznie tylko uśmierzała bóle. Podczas tych bólów traciła przytomność i bredziła. W przeddzień śmierci poczuła się niedobrze, straciła przytomność, źrenica lewa była znacznie szersza od prawej, szczękościsk. Następnego dnia chora była również nieprzytomna. Na ukłucia oddziaływała bardzo słabo (ruchy w prawych kończynach). Oczy zupełnie nieruchome, zlekka zwrócone w prawą stronę. Obustronny objaw Babińskiego (z lewej stopy występował szybciej).

Sekcja wykazała nowotwór w lewej półkuli mózgowej, w okolicy dotykającej górnej powierzchni móżdżku, głównie w zakręcie wrzecionowatym (gyrus fusiformis). Nowotwór mało wystawał poza powierzchnię mózgu. Kolor—ciemno-brunatny. Widać, że guz uciskał móżdżek i wywołał wyraźne spłaszczenie lewej półkuli móżdżkowej. Mikroskopowo nowotwór okazał się nadnerczakiem (hypernephroma). F. zwraca uwagę na specjalną postać nowotworów mózgowych, które odznaczają się niezmiernie szybkim przebiegiem, kończącym się śmiercią. W praktyce prywatnej F. spostrzegał kilka takich przypadków, w których śmierć następowała w ciągu kilku tygodni. Charakterystycznymi objawami tych przypadków są: 1) występowanie bólów głowy tak silnych, że chorzy jęczą z bólu, biją głową o ściany, wyrywają włosy. Na bóle te nawet morfina okazuje wpływ niewystarczający. Bóle te zjawiają się napadowo i towarzyszą im często wymioty; 2) chorzy ci często zaznaczają, że dotąd na bóle głowy nie cierpieli; 3) brak objawów ogniskowych (niedowładów połowiczych, objawów móżdżkowych, ze strony nerwów czaszkowych i t. d.); 4) wczesne występowanie zmian na dnie oka; 5) śmierć w ciągu 1—2—3 miesięcy.

Sekretarz St. Kopczyński.

POSIEDZENIE DNIA 19 LUTEGO 1910 r.

1) Wurcelman. Przypadek tężca głowy.
2) Pechkranc. Przypadek dystrofji gruczołowej.
3) Skłodowski. Przypadek nerwicy odżywczej.

4) Jakubowicz. Przypadek guza w kącie móżdżko-mostowym. (?)
5) Sterling i Handelsman. Dwa przypadki niemoty ruchowej.
6) Kopczyński St. Przypadek aleksji (pokaz preparatu).

1) Wurcelman przedstawił przypadek tężca głowy.

Chora lat 30. Od 7 tygodni obrzęk prawej połowy twarzy i ból zębów. W początku zaburzenia łykania, tego dnia szczękościsk. Jednocześnie dreszcze, obfite pocenie (ciepłota ?). Stan w przeciągu 3 tygodni jednakowy, kończyny normalne, chodzić może. Ogólne osłabienie. Urazu nie było, ranki nie miała. Tętno 126, drobne. Tony serca czyste, słabe. Stan ogólny dość ciężki. Szpary oczne zmniejszone, prawa więcej; lekki kurcz innych gałęzi obu nerwów twarzowych, zwłaszcza z prawej strony. Szczękościsk. Silny kurcz mięśni jamy dna ust. Zaburzenia łykania. Mowa zachowana. III, IV, VI nerwy—normalne. Ruchy głową i kończynami wolne, napięcie mięśni nie wzmożone. Odruchy i czucie normalne. Obfite pocenie na twarzy i na głowie. Objawy opukowe i wysłuchowe w wierzchołkach płuc. Objawy zapalenia okostny zębodołu na miejscu pierwszego trzonowego zęba dolnego z prawej strony.

Zmiany w płucach są charakteru gruźliczego. Objawy kurczowe mm. twarzy, żwaczy, dna jamy ustnej i gardła, ciężki stan, zmiany tętna, pocenie przemawiają za tężcem. Punktem wyjścia choroby prawdopodobnie była sprawa zapalna w okostnie zębodołu. Tężec głowy należy do chorób rzadko spotykanych.

Po parotygoniowem leczeniu w szpitalu stan chorej poprawił się znacznie, a przypuszczenie kurczu odruchowego upaść musi wobec objawów ogólnych.

(Streścił mówca).

2) St. Pechkranc przedstawił przypadek dystrofji pochodzenia gruczołowego („Insuffisance pluriglandulaire“).

Chory, lat 50 mający, dotknięty jest od lat blisko 4-ch zmianami odżywczemi w skórze i jej pochodnych (włosach, paznokciach) oraz tkance podskórnej. Zachorował około 4 lat temu wśród objawów ogólnego osłabienia, apatji, parestezji w skórze. Wkrótce do tego przyłączyły się rozległe obrzęki na twarzy, tułowiu, kończynach, oraz przesięki do jam surowiczych. Pewnej nocy wypadły mu prawie wszystkie włosy z brody. Po 6—8 tygodniach nastąpiła poprawa: obrzęki znacznie zmniejszyły się, włosy na brodzie poczęły nanowo odrastać, stan sił się polepszył, i chory powrócił do pracy. Pracował około 3 lat. Około 5 miesięcy temu wystąpiło znów osłabienie ogólne, niechęć do pracy, czucia podmiotowe w skórze, ziębienie, bóle głowy, a do tego znów przyłączyły się silne obrzęki — przy braku białkomoczu, zaburzeń ze strony serca oraz wodnistości krwi. W tym stanie chory zapisał się do szpitala. Przy badaniu znajdujemy na stopach i goleniach, na których przed paru laty były gęste włosy, prawie zupełny brak uwłosienia. Sama skóra w tych okolicach jest gładka, lśniąca, chłodna na dotyk, zgrubiała, sucha, silnie przylegająca do głębiej leżących tkanek i bardzo mało przesuwalna. Bardzo ską-

pe uwłosienie znajdujemy także na udach, brzuchu, w okolicy pośladków, lędźwi i grzbietu, gdzie dawniej również było obfite uwłosienie. Upośledzone jest uwłosienie na wzgórku łonowym, brodzie, brwiach i pod pachami. Skóra w okolicy grzbietu i lędźwi jest również zgrubiała i przy ujmowaniu w fałdę bardzo bolesna. Paznokcie są znacznie miększe, niż normalnie, przy wyrastaniu zaginają się ku powierzchni grzbietowej, a nadto okazują poprzeczne prążki blade i żywo czerwone. Paznokcie na palcach u nóg są bardzo kruche. Prócz tego znajdujemy nierównomierne rozmieszczenie tłuszczu podskórnego, a mianowicie silniejszy jego rozwój na wzgórku łonowym, w dolnej części brzucha i grzbietu, oraz na tylnej powierzchni szyi tuż pod potylicą. Chory stale doznaje czucia ziębienia: trudno mu się rozgrzać, i podczas największych nawet upałów się nie poci.

Od kilku lat osłabienie płciowe, a od 1½ roku zupełne zniesienie i popędu i siły płciowej. Wyraźny niedorozwój jąder, zwłaszcza prawego.

Krew nosi wyraźne cechy patologiczne: zwiększona krzepliwość, anizocytoza, leukopenia, oraz zmieniony wzajemny stosunek rozmaitych rodzajów leukocytów. Ciśnienie krwi normalne. Mocz bez białka i cukru, nie zawiera w osadzie składników charakterystycznych dla zapalenia nerek. Ze strony przewodu pokarmowego brak łaknienia, zupełny brak pragnienia. Przy badaniu zawartości żołądka stwierdzono brak soku żołądkowego. Przewlekła biegunka i lienterja.

Ze strony układu nerwowego: osłabienie ogólne, apatja, bóle w kończynach i niekiedy w klatce piersiowej, bóle głowy niesilne i bez wymiotów. Brak wszelkich objawów wzmożenia ciśnienia wewnątrz-czaszkowego. Tarcze normalne. Widzenia połowiczego niema. Radiografja jeszcze nie dokonana. Ze strony nerwów czaszki, tułowia i kończyn zmian niema. Inteligencja chorego bez zmian, ale spostrzegamy wyraźne osłabienie pamięci. Bezsenność od kilku lat.

Szczegółowy rozbiór spostrzeganych objawów oraz uwzględnienie odnośnego piśmiennictwa doprowadziły prelegenta do przekonania, że mamy w obecnym przypadku do czynienia z zaburzeniem czynności wydzielniczej gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem, jako to: przysadki mózgowej, gruczołu tarczowego, jąder, oraz, być może, jeszcze innych gruczołów. Zaburzenie to ma charakter niedomogi wydzielniczej (hypofunkcji). Skutkiem tego prelegent kwalifikuje swój przypadek, jako niedomogę wielogruczołową, „insuffisance pluriglandulaire", pod którą to nazwą został 2 lata temu opisano pierwszy przypadek tego rodzaju przez Claude'a i Gougerot'a. W tym przypadku oględziny pośmiertne wykazały zmiany zanikowe i gruźlicze w całym szeregu gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem.

W swoim przypadku prelegent stosuje obecnie proszek z przysadki do wewnątrz i zamierza wkrótce zastosować połączone leczenie opoterapeutyczne.

(Streścił mówca).

W dyskusji Bychowski zaznacza, że jego własne spostrzeżenia zmuszają go do przypuszczenia istnienia postaci chorobowych, jako objawu

schorzenia jednoczesnego kilku gruczołów o wydzielinie wewnętrznej; B. podnosi ważność fotografowania promieniami czaszki.

Kopczyński podkreśla wybitne uczucie ziębnięcia u przedstawionego chorego, objaw, zależny zapewne od nieprawidłowej przemiany materji; objaw ten K. spostrzegał w przypadku śluzoobrzęku; ustąpił on pod wpływem leczenia pastylkami tyreoidyny; K. zaznacza, iż za przykład równoczesnego schorzenia kilku gruczołów o wydzielinie wewnętrznej służyć może przedstawiony przez niego przypadek infantylizmu śluzoobrzękowego, gdzie cierpiał gruczoł tarczowy i przysadka mózgu.

Higier zwraca uwagę na pewne ciekawe zwolnienia i okresowość w przebiegu choroby u pacjenta. Ścisły związek historyczny uniemożliwia rozstrzygnięcie pytania, który gruczoł o wydzielaniu wewnętrznem pierwotnie ucierpiał, a który wtórnie. W danym przypadku pomimo braku hemianopsji, niedowidzenia i bólów głowy zdaje się być pewnem, że przysadka najwcześniej i najsilniej dotkniętą została. Radiogram prawdopobnie nie wiele patologicznego wykaże w siodle tureckiem.

Sterling przytacza własne spostrzeżenie, dotyczące starszej kobiety, u której po za bardzo silnemi bólami głowy, wypadaniem włosów, niezmierną suchością i zgrubieniami skóry istniały wyraźne objawy tężyczki. W przypadku tym przypuszczał równoczesne zajęcie: przysadki, gruczołu tarczowego i przytarczowego.

Bregman przypuszcza, że guzy przysadki, rosnące w kierunku górnym wewnątrz istoty mózgu, nie uciskają skrzyżowania nerwów ocznych, nie dają objawów wzrokowych, pomimo więc braku tych objawów cierpienie przysadki nie jest wyłączone; fotografia czaszki jest niezbędna.

W odpowiedzi prelegent zaznacza, że w zupełności zgadza się z tem, że, aczkolwiek brak w danym przypadku objawów wzmożenia ciśnienia wewnątrz-czaszkowego oraz oznak ucisku skrzyżowania nerwów wzrokowych, to jednak należy zdjąć z czaszki radiogramy; jeśli to dotychczas nie zostało dokonane, to ze względów czysto zewnętrznych. Co się zaś tyczy pytania, który z gruczołów w danym przypadku pierwszy zaczął cierpieć, to odpowiedzi stanowczej dać nie można; prawdopodobnie mamy tu do czynienia z jednoczesnem zachorzeniem całego szeregu gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem z przeważnym jednak udziałem przysadki mózgowej. W niektórych analogicznych przypadkach rozstrzygnięcie tego pytania jest łatwiejsze, jeśli chronologicznie na pierwszy plan w stopniowym rozwoju obrazu klinicznego wysuwają się objawy, które można uzależnić od zakłóconej czynności jednego z omawianych gruczołów.

3) Skłodowski przedstawił przypadek nerwicy odżywczej (erytromelji).

Według F. Malinowskiego, który u nas kilka przypadków tej choroby spostrzegał i ogłosił drukiem, pierwszy opisał ją dokładnie Buchwald w roku 1883 pod nazwą samoistnego rozlanego zaniku skóry (atrophia cutis diff. idiopatica). W roku zaś 1895 mianem erytromelji ochrzcił Pick nową zupełnie, zdaniem jego, postać kliniczną, którą jednak wielu autorów utożsamia z zanikiem idjopatycznym, podczas gdy inni bronią, mniej lub więcej stanowczo, jej

samodzielnego stanowiska. Krótkie określenie kliniczne Picka brzmi w sposób następujący: jest to symetryczne, bezbolesne występowanie sinego zaczerwienienia skóry, mniej lub więcej ograniczonego, postępującego od obwodu ku ośrodkowi, na wyprostnych powierzchniach kończyn, z coraz to wyraźniejszem rozszerzeniem żył, bez innych zmian w zajętych częściach skóry. Dalej zresztą przyznaje Pick, że mogą dołączać się objawy zaniku skóry, wobec czego granica pomiędzy erytromelją, a zanikiem idjopatycznym skóry zaciera się niemal zupełnie.

W przypadku przedstawionym choroba rozpoczęła się przed 8 laty od zjawienia się niewielkiej plamki różowej na grzbiecie dłoni lewej, tuż powyżej 4 palca. W ciągu lat 3 plamka ta, rozszerzając się powoli, zajęła nasadę wszystkich palców, w ciągu zaś następnych lat 5 rozszerzyła się do obecnych rozmiarów. Zabarwienie z biegiem czasu stawało się coraz silniejsze, przechodząc w odcień sinoczerwony, okresowo jednak na pewien czas niekiedy bladło. Od lat mniej więcej 5 rozpoczęła się ta sama sprawa na lewej stopie, a następnie na prawej i stopniowo rozszerzyła się na golenie. Rozwojowi choroby nie towarzyszył nigdy ból, swędzenie lub parestezje. Wyjątek w tym względzie stanowi jedynie dłoniowa powierzchnia przedramienia w pobliżu ręki, gdzie dopiero od roku występuje czasem lekkie swędzenie. Kończyny dolne przy chodzeniu, zwłaszcza w lecie, dość znacznie brzękną i tylko wtedy występuje w nich uczucie bolesne. Na stopień zabarwienia kończyny górnej wpływa niekorzystnie zetknięcie z wodą, np. przy praniu; wtedy ręka sinieje mocniej i nieco brzęknie. Stałe zgrubienie zajętej części kończyny górnej rozwinęło się powoli i niepostrzeżenie razem ze zmianą barwy.

W wywiadach zasługuje na wzmiankę zapalenie nerek przed 5 laty, a więc już po rozpoczęciu choroby na kończynie górnej. Rozszerzenie grubych żył na kończynach dolnych jest natomiast dawniejsze, aniżeli choroba skóry i rozwinęło się podczas przebywanych ciąży. Dane rodzinne żadnego zgoła światła na etjologję choroby nie rzucają. Syfilisu nie przechodziła.

Ogólny stan chorej jest zupełnie zadawalający. Gruczoły nigdzie nie powiększone. Badanie narządów wewnętrznych żadnych zmian nie wykrywa. Podobnież i w układzie nerwowym żadnych poważniejszych zmian wykazać nie można. Jedyne zjawisko nieprawidłowe polega na zjawianiu się u chorej przy wysiłku kurczów tężcowych w niektórych mięśniach, przeważnie w dwugłowych ramienia i w zginaczach goleni. Kurcz jest niebolesny, trwa niekiedy około minuty. Badanie prądem elektrycznym (kol. Koelichen) żadnych zmian nie wykazało. Wszystkie rodzaje czucia są dobrze zachowane, zarówno na zdrowych, jak i na zajętych miejscach skóry.

Najważniejszym, a właściwie prawie jedynym, objawem choroby są zmiany ze strony skóry. Na grzbietowej powierzchni lewej dłoni i palców, z wyjątkiem ostatnich członków, na znacznej powierzchni lewego przedramienia, na stopach ma ona zabarwienie sinoczerwone, które zwiększa się przy opuszczeniu kończyny, a zmniejsza przy jej uniesieniu. Pod uciskiem palca zabarwienie czerwone znika, pozostaje jednak na skórze wyraźny odcień brunatno-żółtawy. Skóra jest w wielu miejscach, zwłaszcza

na dłoni wyraźnie ścieńczała, zlekka się łuszczy, podskórne żyły przeświecają przez nią wyraźniej, niż w innych miejscach, aczkolwiek nie są widocznie rozszerzone. Objawem, na który pragnąłbym zwrócić szczególną uwagę, jest rozlane zgrubienie kończyny górnej lewej, zwłaszcza w okolicy napięstka, gdzie różnica ze stroną prawą wynosi 2 centymetry. Stanowi ono szczególny kontrast ze ścieńczeniem samej skóry. Ujmując części miękkie w fałdę czujemy wyraźnie, że tkanka podskórna jest mocno zgrubiała, otrzymuje się też wrażenie, jakoby i mięśnie po stronie chorej były grubsze i twardsze. Sądziłem początkowo, że i kości są grubsze, ale zdjęcie rentgenograficzne zaprzeczyło temu przypuszczeniu. — O podobnem zgrubieniu inne opisy nie wspominają.

(Streścił mówca).

W dyskusji Flatau mówił o blizkim pokrewieństwie chorób skórnych z nerwowemi, powoływał się na takie cierpienia, jak półpasiec (herpes zoster), brodawki (naevi), których ugrupowanie według unerwienia odcinkowego rdzenia dziś z całą dokładkością zostało stwierdzone. Na uwagę Bychowskiego, że brodawki zwykle nie przechodzą po za linję środkową, Flatau odpowiada, iż nerwy z jednej połowy ciała zachodzą i na drugą połowę.

Higier zwraca uwagę na brak bólów i okresowych napadów, odróżniających erytromelję Pick'a od erytromelalgji Weir-Mitchel'a i na nieobecność zabarwienia dłoni i stopy, swoistą dla erytromelji.

4. H. Jakubowicz przedstawił przypadek nowotworu w kącie móżdżko-mostowym (?)

Chora, lat 52, pochodzi ze zdrowej rodziny, 9 razy rodziła; 6-ro dzieci żyje i cieszy się dobrem zdrowiem, troje zmarło w pierwszych latach życia na choroby zakaźne. Poronienia nigdy nie było, na przymiot nie cierpiała. Z chorób dawniejszych podkreślić należy cierpienie gruczołów chłonnych lewej jamy podpachowej; zaczęło się ono przed kilku laty; przed 2-ma laty wykonano operację, przyczem stwierdzono nacieczenie gruczołów chłonnych komórkami nowotworowemi; przed 8 miesiącami, wskutek nawrotu cierpienia, znów nastąpił zabieg operacyjny. Dwa tygodnie temu chora przybyła do mnie, uskarżając się na chód chwiejny, zataczanie się w stronę prawą, na utratę słuchu z prawej strony oraz niedomykalność prawej powieki. Prócz tego chora doznaje zawrotów i bólów głowy. Te ostatnie nie są zbyt silne, występują samoistnie w wielu miejscach czaszki, zwłaszcza na granicy pomiędzy prawą ciemieniową a potylicową kością, przy opukiwaniu li tylko w tem ostatniem miejscu. Objawy te stopniowo wzmogły się znacznie. Chronologicznie pierwsze wystąpiły zaburzenia równowagi (przed 9 tygodniami), następnie słuchu.

Stan obecny. Chora, chodząc, zatacza się, jak pijana, w prawą stronę (chód móżdżkowy), siadając wykazuje również duży stopień bezładu. Bezład kończyn górnych, jest wybitny, zwłaszcza po stronie prawej, bezład połączony tu jest z drżeniem. Bezład w kończynach dolnych jest nieznaczny. Innych objawów móżdżkowych, jak adiadokokinezji i katalep-

sji móżdżkowej, niema. Odruchy ścięgnowe są wzmożone, pomimo ogólnego zmniejszenia napięcia mięśni.

Odruch gardzielowy jest zachowany, łącznicowy nieco osłabiony z prawej strony, brzusznego niema z obu stron.

Z nerwów czaszkowych porażony jest przedewszystkiem n. słuchowy. O porażeniu n. przedsionkowego była mowa powyżej (zaburzenia równowagi). Słuch jest bardzo upośledzony z prawej strony; mowę szeptaną chora słyszy na przestrzeni kilku centymetrów. Odczynu na zimną i gorącą wodę przez przewód słuchowy niema. Brak samoistnego drżenia gałek ocznych. Objawy te przy niezupełnej utracie słuchu przemawiają przeciwko cierpieniu błędnika i wskazują, że przyczyna choroby leży w układzie nerwowym.

Po za tem dotknięty jest porażeniem typu obwodowego prawy n. twarzowy; porażenie to w ciągu ostatnich dni kilku wzmogło się w znacznym stopniu. Nerw i mięśnie oddziaływują dobrze na prąd przerywany, na stały zaś — nerw odpowiada żywo, przy zamykaniu prądu działanie katody przeważa. Podkreślić należy znaczny zanik mięśni, unerwianych przez dolną gałązkę n. twarzowego, pomimo niedługiego trwania cierpienia i braku odczynu zwyrodnienia. N. trójdzielny jest porażony w stopniu względnie niewielkim: chora wykazuje z prawej strony twarzy nieznaczne osłabienie czucia dotykowego i bólowego.

Należy zaznaczyć, że na prawej kończynie górnej i na prawej stronie tułowia stwierdzić można również pewne osłabienie czucia. Objawy ogólne występują w słabym stopniu. Brodawki zastoinowej niema.

Na zasadzie powyższych objawów sprawę chorobową należy umiejscowić w prawym kącie móżdżko-mostowym. Jaka jest ta sprawa? Zapalenie opon pochodzenia gruźliczego i przymiotowego należy wyłączyć dla braku wszelkich danych. Przeciwko stwardnieniu wieloogniskowemu przemawia wiek chorej i brak takich objawów, jak wzmożenie napięcia mięśniowego, objaw stopowy, objaw Babińskiego, brak zaburzeń ze strony pęcherza, odbytnicy, mowy skandowanej i t. d.

Pozostaje tylko jedno rozpoznanie — guz, za czem przemawia również cierpienie jamy podpachowej. Nowotwór jest tu przerzutowy i złośliwy. Brakuje wprawdzie brodawki zastoinowej, nieznaczne występują też objawy ogólne, nie należy jednak zapominać, że mamy tu do czynienia z okresem choroby początkowym. Co do leczenia, to pozostaje jeden środek: zabieg operacyjny. Miejsce, gdzie w danym przypadku znajduje się nowotwór, jest względnie dostępne dla zabiegów operacyjnych. Za przeciwwskazanie do pewnego stopnia przyjąć należy przypuszczalny złośliwy charakter nowotworu.

(Streścił mówca).

W dyskusji Flatau wypowiada się przeciw operacji z powodu istnienia w danym przypadku głuchoty obustronnej, braku wyraźnych ogólnych objawów, braku jednoimiennego bezładu móżdżkowego i dobrze nieznanej natury guza.

Męczkowski twierdzi, że obustronna głuchota i brak połowicze-

go bezładu nie przeczy rozpoznaniu mówcy. Jest przeciwny operacji wobec przypuszczalnej złośliwości nowotworu.

Bychowski jest przeciwny operowaniu, gdyż niema tu naglących ogólnych objawów, podkreśla brak zmian w oddziaływaniu elektrycznem ze strony nerwu twarzowego pomimo obwodowego zajęcia tego nerwu i zaznacza, że porażenie tego nerwu uniemożliwia sprawdzenie wrażliwości łącznicy.

Higier ze względu na szybki przebieg bez bólów, na głuchotę zupełną obustronną, na brak uciskowych objawów, na zachowanie się pobudliwości elektrycznej mięśni twarzy, na znieczulenie prawej ręki, na zachowany odruch rogówki i t. d. wyłącza guz, zwłaszcza przerzut rakowy w prawym kącie móżdżko-mostowym.

Jakubowicz odpowiada, że jednak wyłuszczenie przypuszczalnego nowotworu zabezpieczyć może od dalszego rozwoju tej sprawy w układzie nerwowym.

5. Sterling i Handelsman przedstawili dwa przypadki afazji ruchowej.

Przypadek I: Aphasia motoria corticalis.

Chora, lat 65, zeszłego roku nagle straciła mowę i w przeciągu jednej godziny nie mogła wymówić wyraźnie ani jednego słowa. Później mowa normalna wróciła i dopiero 9 tygodni temu znowu straciła zdolność dobrej wymowy. W przeciągu 9 tygodni mowa poprawiła się w nieznacznym stopniu.

Bólów ani zawrotów głowy nie miała; żadnych porażeń nie było. Syfilisu nie przyznaje.

Chora, małego wzrostu, miernego odżywiania. W sercu wyraźne zmiany miażdżycowe.

Ze strony nerwów czaszkowych żadnych zmian niema. Asymetrji twarzy niema; hemianopsji niema. Ruchy gałek ocznych prawidłowe, gałki nie drżą. Kończyny górne i dolne pod względem ruchowym i siły zupełnie dobre, obustronnie bez różnicy. Czucie (dotykowe, bólowe, cieplikowe, stereognostyczne) i zmysł mięśniowy zachowane.

Odruchy z mięśnia trójgłowego i z okostny k. łokciowej słabe, obustronnie bez różnicy, odruchy kolanowe umiarkowane, być może prawy nieco żywszy, odruchy z ścięgna Achillesa umiarkowane, bez różnicy, podeszwowe — obustronnie zgięcie podeszwowe.

Mowa. Chora rozumie wszystko co się do niej mówi; samodzielnie wymawia wyrazy, jakby jąkając się, przestawiając zgłoski (np. włosy — wołsy, lekarstwo — leterstwo, bułka—bułtwa i t. p.). Przy opowiadaniu dłuższemi zdaniami chora wymawia gorzej. Chora sama wie, kiedy wymawia dobrze, a kiedy źle; wymawiając źle, powiada, że ciężko jej wypowiedzieć. Jeżeli jaki wyraz wymawia źle, to przy powtarzaniu także nie udaje się go wymówić; jednakowoż po kilkakrotnem ciągłem powtarzaniu następuje pewna poprawa, tak że może dojść do mniej więcej dokładnego wymówienia wyrazu; na ogół można powiedzieć, że powtarzanie wyrazów jest nieco lepsze, aniżeli samoistne wymawianie.

Podczas wymawiania wyrazów nie widać jakichkolwiek zaburzeń artykulacyjnych, amnestyczne są bardzo mało wyrażone, lub wcale ich niema.

Przy czytaniu chora każdą literę z osobna czyta, przy czytaniu zaś wyrazów napotyka na ogromne trudności, zarówno w krótszych, jak i dłuższych wyrazach, i nie może odczytać całego wyrazu. Zaznaczyć jednak należy, że cyfry poznaje i po złożeniu kilku cyfr (19, 21, 121) chora odczytuje je dobrze.

Pisanie na skutek złego wzroku (zmiany w gałkach ocznych po jaglicy) chora zarzuciła od kilku lat, obecnie nie widzi tego, co pisze; zamiast liter pisze niewyraźne znaczki, nie mające nic wspólnego z literami, liczby zaś pisze względnie wyraźnie.

Apraksyjnych objawów niema zupełnie. Pod względem psychiki niema żadnych zmian; chora jest usposobienia pogodnego, na swój stan chorobowy zapatruje się dosyć krytycznie; pamięć jest doskonała, zdolność zapamiętywania zupełnie dobra. Badanie inteligencji, wykonane rozmaitemi metodami, nie wykazało żadnych zaburzeń.

W danym przypadku po za niemotą niema żadnych zmian w układzie nerwowym. Co się zaś tyczy niemoty, to niema tu ani parafazji, zależnej od zaburzeń zmysłowych, niema zaburzeń amnestycznych; różnica przy wymawianiu wyrazów samoistnie i przy powtarzaniu jest niewielka; brak zaburzeń psychicznych.

Przypadek więc nasz przedstawia czystą postać ruchowej niemoty korowej.

Przypadek II. Hemiparesis dextra. Aphasia motoria transcorticalis.

Chory—mężczyzna 60-letni zachorował przed 8 miesiącami: bezpośrednio po wzięciu gorącej łaźni zasnął, a gdy się obudził zauważył, że nie czuje prawej dłoni i że zupełnie nie może poruszać ani prawą dłonią ani palcami. Tego samego dnia przed łaźnią i poprzednio czuł się zupełnie dobrze, na bóle głowy nigdy nie cierpiał, parestezji w twarzy ani w prawych kończynach nigdy nie doznawał, przytomności nie tracił, drgawek nie miewał. Stopniowo zupełne porażenie w obrębie odcinka obwodowego prawej kończyny górnej zaczęło się poprawiać, chory zaczął wykonywać nieznaczne ruchy w prawym stawie napiąstkowym i w palcach prawej dłoni, lecz i dzisiaj jeszcze ruchy te są znacznie osłabione. Podobno prawa kończyna dolna nie uległa wtedy żadnemu osłabieniu. Mniej więcej 8 tygodni temu zauważył chory pewne utrudnienie w mowie, które stopniowo zwiększało się, trudno mu było mianowicie wymawiać poszczególne wyrazy, zaś niektórych mu brakowało, natomiast rozumiał zupełnie dokładnie, co do niego mówiono. Zauważył przytem również od tego czasu, że trudno mu jest czytać zarówno na głos, jak i pocichu, zaś pisanie stało się prawie zupełnie niemożliwe. Pozatem brak innych skarg. Oddawanie moczu i stolca w porządku. Na bóle głowy ani obecnie, ani przedtem nigdy nie cierpiał. Przed 13 laty rzeżączka. Z pierwszą żoną miał 5 dzieci—nie roniła. Z drugą dzieci nie miał. Umiarkowany alkoholizm.

Przedmiotowo brak wyraźnych zmian w narządach wewnętrznych Tętno = 84, niezbyt wysokiego napięcia.

Czaszka przy opukiwaniu nie bolesna. Źrenice równe, oddziaływają nieźle na światło, nastawienie i zbieżność. Ruchy gałek ocznych we wszystkich kierunkach zachowane. Górne gałązki nerwów twarzowych nie wykazują w sile ruchów wyraźnej różnicy; w dolnych dość wyraźna asymetrja głównie podczas spokoju na niekorzyść prawej strony — mianowicie prawa fałda nosowargowa jest zupełnie wygładzona. Podczas ruchów różnica jest bardzo nieznaczna. Język wysuwa w linji prostej. Żucie, połykanie, fonacja bez zmian.

Siła mięśniowa lewej kończyny górnej zupełnie normalna. W prawej kończynie górnej osłabienie stwierdzić można wyłącznie w odcinku obwodowym. W obrębie stawów barkowego i łokciowego rozmiary ruchów są zupełnie normalne. Siła dobra. Natomiast już odwracanie i zwłaszcza nawracanie przedramienia jest osłabione. Jeszcze bardziej osłabione są ruchy w stawie napiąstkowym, które przytem są bardzo ograniczone. Chory nie jest w stanie wykonywać ruchów tych odosobnionych: zawsze towarzyszy im odwodzenie barku oraz zginanie łokcia, często przytem występują ruchy głowy oraz przymrużanie oczu. Uścisk prawej dłoni jest niezmiernie osłabiony. Zginanie dłoni zarówno grzbietowe, jak i dłoniowe bardzo słabe. Rozmiary ruchów palcami prawej dłoni również są ograniczone; przeciwstawienie dużego palca do V-go zupełnie niemożliwe, do IV-go bardzo utrudnione, do pozostałych możliwe; zbliżanie i oddalanie 3 pierwszych palców dość dobre, ostatnich dwóch — niezmiernie słabe. Wogóle ruchy palcami (przebieranie niemi, ujmowanie przedmiotów w palce) są powolne, bardzo niezręczne i brak im subtelnego rozczłonkowania. Nawracanie i odwracanie prawego przedramienia niezręczne i daleko powolniejsze, niż lewego. W prawej kończynie dolnej osłabienie siły mięśniowej jest bardzo nieznaczne; tutaj dotyczy ono prawie wyłącznie najbardziej obwodowego odcinka, ruchy w stawie biodrowym i kolanowym co do rozmiarów są normalne, co do siły prawie nie różnią się od odpowiednich ruchów w lewej kończynie dolnej. Natomiast ruchy prawej stopy są wyraźnie osłabione w porównaniu z ruchami lewej, jakkolwiek i tutaj osłabienie jest nieznaczne.

Odruchy z m. trójgłowego i okostnowe z promienia słabe — bez wyraźnej różnicy pomiędzy prawą i lewą stroną. Odruchy kolanowe obustronnie żywe bez wyraźnej różnicy. Odruch ze ścięgna Achillesa lewy dość żywy, prawy żywszy z odcieniem drgawkowym. Brzuszny lewy żywy, prawy — bardzo słaby. Mosznowy lewy żywy, prawy — słabszy. Podeszwowy lewy żywy—skrócenie kończyny, prawy—słabszy. Objawu Babińskiego niema. Brak objawów apraksyjnych. Czucie dotyku, bólu, ciepłoty, ucisku, mięśniowe dokładnie zachowane. Tylko na prawej dłoni i palcach nieznacznie upośledzone jest umiejscowienie wrażeń bólowych. W prawej dłoni nieznaczne zaburzenia czucia stereognostycznego.

Mowa. Rozumienie mowy ustnej jest dokładnie zachowane: chory wykonywa natychmiast zlecenia zadawane tonem zupełnie obojętnym

i bez żadnej gestykulacji, nawet cały szereg zleceń, wydanych bezpośrednio jedno po drugiem, wykonywa chory dość dokładnie, czasem tylko zmieniając ich porządek lub opuszczając jedno lub drugie. Na pytania, zadawane również tonem obojętnym, bez mimiki i gestykulacji, odpowiada a przynajmniej stara się odpowiedzieć odrazu, odpowiedź następuje natychmiast — jeżeli nie w postaci całego zdania—to w każdym razie w postaci wyrazu lub części zdania — tak, że widoczne jest z niej zawsze w sposób niewątpliwy, że chory pytanie dokładnie zrozumiał.

Zupełnie inaczej przedstawia się część ruchowa mowy — jeżeli chodzi o mowę samoistną. Chory wogóle mówi mało, sam nie zachęcony do rozmowy nigdy jej nie rozpoczyna, przy rozmowie z nim nie widać ani śladu wielomówności ani nadmiernego dobierania poszczególnych określeń. Przy wymawianiu poszczególnych liter i sylab nie widać wyraźnych zaburzeń artykulacyjnych, natomiast już przy wymawianiu poszczególnych wyrazów widać często wyraźne zahaczanie się i drżące zacinanie się na poszczególnych sylabach. Zahaczanie się i zacinanie się to zresztą zależne jest od stanu zmęczenia, w jakiem chory się znajduje; często początkowo wymówi jaki wyraz zupełnie dobrze, a po krótszej lub dłuższej rozmowie wymówić go zupełnie nie może. Przy demonstrowaniu całego szeregu przedmiotów, dobrze znanych choremu (ołówek, papier, książka, scyzoryk, portmonetka, kałamarz, pióro) chory często momentalnie określa je trafną nazwą (to samo przy wizerunkach obrazkowych rozmaitych przedmiotów), często jednakże dla niektórych przedmiotów nie może znaleźć odpowiedniej nazwy (szczoteczka, klucze) i wtedy najdłuższe namyślanie się nie doprowadza do celu. Na poddawanie błędnej nazwy odpowiedniego przedmiotu prawie zawsze odpowiada przecząco, na poddawanie trafne przeważnie potakuje z zadowoleniem. Często zdarza się, że dla przedmiotu, dobrze i szybko nazwanego przy pierwszem przedstawieniu—już przy następnem chory nie może znaleźć nazwy. Czasem zdarza się zarówno przy mowie samoistnej, jak i przy nazywaniu pokazywanych przedmiotów lub ich wizerunków, że chory część wyrazu wymawia dobrze, zaś końcówki dodaje błędnie albo w ten sposób, że tworzy nowy podobny wyraz o tym samym źródłosłowie i innej końcówce albo tworzy zupełnie nieistniejący wyraz.

Zaznaczyć trzeba przytem, że chory zarówno wyrazy jak i krótkie zdania *powtarza zupełnie dobrze*, płynnie i bez najmniejszego zahaczania się. Dotyczy to nawet takich wyrazów, które bezpośrednio przedtem samoistnie wymówił źle albo nazw przedmiotów, których sam wynaleźć nie mógł.

Czytanie. Pojedyńcze litery alfabetu (rosyjskiego) przeważnie poznaje i nazywa dobrze. Pojedyńcze wyrazy dwu — a nawet trzysylabowe często odczytuje szybko i dobrze, przytem ważną rolę odgrywa tu wielkość druku: wyrazów drobnym drukiem przeważnie nie może odczytać. Przy odczytaniu wyrazów występuje to samo zjawisko, co i przy samodzielnem ich wymawianiu, a mianowicie: jeżeli chory odrazu nie przeczyta dobrze wyrazu, to najbardziej usilne próby nie doprowadzają do celu. Jeżeli przy ujemnej próbie odczytania wyrazu poddać mu inny— błędny, to przeważnie zaprzecza, jednakże otrzymano cały szereg reakcji,

kiedy chory na suggestję opaczną odpowiedział potakująco; przy poddawaniu trafnem zawsze potakuje z zadowoleniem. Przy odczytywaniu wyrazów dłuższych i bardziej złożonych często zdarza się, że początek wyrazu odczytany zostaje dobrze, końcówki zaś zmienione — tak że często otrzymuje się wrażenie, jak gdyby chory część zgadywał. Odczytywanie zdań krótkich lub też początku dłuższego zdania często czasem udaje się choremu dość płynnie, przeważnie jednak czytanie ogranicza się do jednego lub dwóch wyrazów. Na szczególne podkreślenie zasługuje fakt, że pomiędzy czytaniem na głos a czytaniem pocichu — o ile się zdaje — niema wyraźnej różnicy: nigdy nie udało się otrzymać dowodu, że chory wewnętrznie przeczytał jakiekolwiek zdanie, że zrozumiał jego treść. Dodać należy, że przy każdej próbie wewnętrznego czytania (t. zw. „lecture mentale") chory stale wykonywa cały szereg odpowiednich ruchów wargami — objaw, którego znaczenie omówimy przy roztrząsaniu niniejszego przypadku.

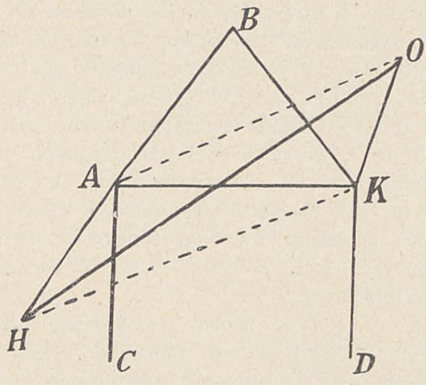
P i s a n i e. Pisać prawą ręką zupełnie nie może z powodu osłabienia, niezręczności i niemożności ujęcia w palce pióra ani ołówka — próby robione były z lewą ręką. Samodzielnie lub pod dyktando pisze zazwyczaj w ten sposób, że zaczyna pisać tylko początek wyrazu, dokończając szereg liter bez związku; wyjątek stanowią niektóre wyrazy, jak np. własne nazwisko, które pisze prawie dobrze. Daleko lepiej przedstawia się k o p j o w a n i e, które przy wyrazach krótszych jest p r a w i e b e z z a r z u t u — kopjowanie nie ma przytem niewolniczego charakteru naśladowania kształtów, co widoczne jest choćby z charakterystycznego szczegółu, że przy kopjowaniu wyrazów, w których znajduje się litera m, chory samodzielnie dodaje kreskę u góry, której nie było w pierwowzorze, może przytem, kopjując, przekształcać alfabet drukowany na pisany i odwrotnie.

P s y c h i k a chorego, badana bardzo dokładnie za pomocą całego szeregu metod (postrzeganie, pamięć, kojarzenie, wnioskowanie, sądzenie, dziedzina psychomotoryczna i uczuciowa), zestawionych po raz pierwszy przy badaniu afazji ruchowej przez L o t m a r'a i M o n t e t'a nie wykazała a b s o l u t n i e ż a d n y c h b r a k ó w. Zmniejszone zainteresowanie się chorego tem, co się dookoła niego dzieje — wypływa niewątpliwie nie z upadku umysłowego, lecz z poczucia własnej nieudolności porozumienia się z otoczeniem. Pozatem nastrój chorego zupełnie odpowiada sytuacji.

Że zarówno w pierwszym, jak i w drugim przypadku mamy do czynienia z r u c h o w ą postacią afazji — nie wymaga to dłuższego uzasadnienia. Jak w pierwszym tak i w drugim przypadku pojmowanie mowy ustnej zachowane jest z tak subtelną dokładnością, że wszelkie ślady afazji czuciowej można wyłączyć z całą stanowczością, — są to więc zupełnie czyste przypadki afazji ruchowej. Po za zaburzeniami pisania, które u pierwszej chorej zamaskowane są zmianami w zewnętrznym narządzie wzrokowym—zasadniczą różnicę pomiędzy pierwszym przypadkiem a drugim stanowi zachowana zdolność d o k ł a d n e g o p o w t a r z a n i a mowy ustnej, która w pierwszym przypadku jest zniesiona. Upoważnia nas to

do przypuszczania, że w przypadku pierwszym zajęty jest sam ośrodek Broca w III-im zakręcie czołowym, podczas gdy w drugim ośrodek ten musi być nietknięty, natomiast zajęte muszą być drogi prowadzące do niego. Podajemy tutaj znany schemat Wernicke'go dla dokładniejszego wyjaśnienia umiejscowienia.

Że w drugim z przedstawionych przypadków nie mamy do czynienia z afazją podkorową, dowodzi fakt, że powtarzanie nie jest zniesione, oraz że pisanie dowolne jest zniesione, że więc droga A C nie może być przerwana. Mamy więc w przypadku tym do czynienia z czystą ruchową transkortykalną afazją w sensie Wernicke'go, którą niektórzy badacze uważają za okres następczy afazji ruchowej korowej — inni zaś z Heilbronnerem uważają ją, co słuszniejsze, za postać samo-



A odpowiada ośrodkowi Broca, K = ośrodkowi Wernicke'go, B = domniemanemu ośrodkowi pojęciowemu, O = dziedzinie wzrokowej, H = oznacza ośrodek cheirokinestetyczny, C=ośrodek mięśni ruchowych mowy, D=dziedzina słuchowa.

istną. Dodać należy, że jak w pierwszym tak i w drugim przypadku mamy do czynienia z t. zw. przez autorów francuskich „aphasie de Broca" (= afazja ruchowa + agrafja + aleksja) w odróżnieniu od t. zw. „aphasie motrice pure", która prócz niemoty ruchowej nie wykazuje żadnych objawów w dziedzinie czytania i pisania. Przy dzisiejszym stanie anatomji patologicznej afazji nie jesteśmy w stanie jeszcze zróżniczkować umiejscowienia tych 2 postaci afazji ruchowej.

Na szczególne zaznaczenie w przypadku drugim zasługuje fakt, że chory nietylko nie może czytać dłuższych zdań na głos, lecz nie może ich przeczytać i po cichu i że, przebiegając je oczyma, nie potrafi uchwycić ich sensu, że więc zniesiona jest również zdolność „czytania wewnętrznego" („lecture mentale" francuskich autorów). Nie podzielamy opinji Dejerine'a, jakoby w większości przypadków afazji Broca czytanie wewnętrzne

musiało być upośledzone, spostrzegaliśmy na równi z innymi autorami (Monakow, Lieppmann, Dupré) przypadki, gdzie zdolność ta w afazji Broca była dokładnie zachowana, sądzimy raczej, że zaburzenie to charakterystyczne jest dla afazji czuciowej. Objaw ten u chorego naszego da się objaśnić zarówno na tle psychicznego pojmowania sprawy afazji, jak i na zasadzie klasycznego schematu Wernicke'go. Dziedzina wzrokowa (O), jak wiadomo, prawdopodobnie połączona jest bezpośrednio z ośrodkiem Wernickego (K), to też zazwyczaj czytanie zachodzi drogą: OKB lub też, gdy czyta się na głos, drogą: OKBA. Tak bywa u większości ludzi o mieszanym typie wyobrażeniowym. U niektórych jednak osobników, wykazujących typ wyobrażeniowy przeważnie ruchowy, istnieje prawdopodobnie bezpośrednie połączenie sfery optycznej z ośrodkiem Broca (OA)—ludzie ci przetwarzają bezpośrednio swe obrazy wzrokowe w obrazy ruchowe mowy i pojmują to, co czytają, dopiero wtedy, gdy wymawiają: sprawa czytania przebiega u nich najprawdopodobniej po drodze: OAB z zupełnem pominięciem ośrodka Wernicke'go. Łatwo zrozumieć, że u chorego naszego, u którego, jak przypuszczamy, przerwana jest droga AB—upośledzone jest nietylko czytanie na głos (OKBA), lecz i czytanie wewnętrzne (OAB); że zaś chory ten jest zdeklarowanym typem „ruchowym", tego dowodzi między innemi fakt, że przy próbach czytania po cichu dopomaga sobie bezwiednie ruchami warg. Przypadek ten jest do pewnego stopnia negatywem klinicznym tych rzadkich przypadków afazji zmysłowej, w których zdolność czytania głośnego i wewnętrznego została zachowana (Semi Meyer, Kopczyński), a które objaśnić się dadzą tylko na tle pewnego typu psychologicznego.

Podobnie jak z aleksją, której wyjaśnienie nie wymaga w przypadku drugim hypotezy zajęcia zakrętu kątowego, rzecz się ma w przypadku tym i z agrafją, która da się objaśnić tem samem korowem ogniskiem, uszkadzającem drogę: AB. Jak wiadomo specjalny ośrodek, od którego uzależnia Bastian powstawanie agrafji—nie został uznany przez innych badaczy: Dejerine zwalcza możliwość istnienia ośrodka wyobrażeń cheirokinestetycznych między innemi na zasadzie faktu, że pisać możemy nietylko ręką, ale i rozmaitemi częściami ciała (np. podczas ślizgania się). W danym przypadku niemożność pisania samoistnego znajduje dostateczne wyjaśnienie w przerwaniu drogi AB, gdyż impulsy pojęciowe nie mogą obudzić odpowiednich impulsów ruchowych w ośrodku Broca, zaś zachowane kopjowanie tłomaczy się dostatecznie istniejącem i nieuszkodzonem połączeniem dziedziny optycznej z ośrodkiem Broca (AO), przyczem przypuścić należy, że już w obrębie tego ostatniego obrazy ruchowe mowy przekształcają się w obrazy cheiro-kinestetyczne. Fakt, że chory, kopjując, nie przerysowuje niewolniczo i mechanicznie, ale dodaje samodzielnie szczegóły i może zamienić litery drukowane na pisane („imprimé en manuscrit") przemawia zasadniczo za motorycznym charakterem zaburzeń afatycznych (Dejerine).

Poza znaczeniem względnej rzadkości, jakie przedstawiają niniejsze dwa przypadki (czysta postać afazji ruchowej korowej i czysta postać afazji ruchowej transkortykalnej), przypadki te posiadają zna-

czenie ogólniejsze, gdyż pozwalają zająć pewne stanowisko wobec rewolucyjnych, lecz niezbyt pewnie ugruntowanych nowych teorji M a r i e'g o. Jak wiadomo przyczynę afazji upatruje Marie w „znacznem upośledzeniu ogólnych władz umysłowych“, które widzi jak w afazji zmysłowej, tak i ruchowej. W przypadku pierwszym przy zajęciu obrębu W e r n i c k e'go obraz kliniczny wypełniony jest według Marie'go wyłącznie zaburzeniami umysłowemi, zależnemi od zajęcia tego ośrodka, uważanego przez Marie'go za swoisty ośrodek umysłowy, nie zaś za ośrodek umysłowych obrazów mowy, których to obrazów autor ten zupełnie nie uznaje. W przypadku drugim do zajęcia ośrodka W e r n i c k e'g o dołącza się zajęcie jądra soczewicowatego (według późniejszego określenia Marie'go t. zw. „quadrilatére lenticulaire“), zaś afazja Broca jest niczem innem jak afazją zmysłową z dodatkiem anartrji, a „trzeci zakręt czołowy nie odgrywa żadnej roli w powstawaniu mowy”. Sprawa zaburzeń umysłowych w afazji należy do najtrudniejszych zagadnień patologji mózgu; nie ulega najmniejszej wątpliwości, że w większości przypadków afazji jak ruchowej tak i czuciowej—zaburzenia te istnieją, lecz, zdaniem naszem, należy odnieść je nie na karb zajęcia odpowiednich ośrodków, lecz ogólnych rozlanych zmian mózgowia, zależnych od sprawy zasadniczej, powodującej cierpienie (stwardnienie tętnic, przymiot, rozlane zmiany mózgu w nowotworach). Natomiast miarodajne i rozstrzygające mogą być tylko te bardzo rzadkie przypadki, jak L o t m a r'a i M o n t e t'a lub nasze dwa, gdzie przy istniejącej afazji najdokładniejsze badania psychjatryczne absolutnie żadnych braków w dziedzinie umysłowej nie wykryły—i takie właśnie przypadki zasadniczo twierdzenia Marie'go zbijają. Te same dwa nasze przypadki wykazują jednocześnie dobitnie, jak dalece nieuzasadnione i przedwczesne jest uogólnienie Marie'go, jakoby afazja Broca była tylko afazją Wernicke'go z anartrją, gdyż przedewszystkiem w obu tych przypadkach rozumienie mowy mówionej zachowane było z subtelną dokładnością; a nawet w tych przypadkach, gdzie nie jest ono tak dokładnie zachowane, jak w naszych, zaburzenia należy odnieść na karb upośledzonego zapamiętywania, a nie afazji zmysłowej, jak to wykazał L i p m a n n, powtóre zaś ani w jednym ani w drugim przypadku nie mieliśmy do czynienia z zaburzeniami dyzartrycznemi w znaczeniu ściślejszem. Lecz gdyby się nawet zgodzić z Marie'm, że pewne zahaczanie i zacinanie przy wymawianiu trudniejszych wyrazów w drugim przypadku naszym nie jest zaburzeniem w kojarzeniu obrazów ruchowych mowy, nie jest utrudnieniem w wywoływaniu wyrazu, lecz jest a n a r t r j ą, a więc zaburzeniem rzutu nerwo-mięśniowego, to pozostaje zupełnie niezrozumiały fakt — dlaczego dyzartrja ta odrazu znika, gdy wchodzi w grę powtarzanie tego samego wyrazu. Sądzimy tedy, że zmiany w ruchowym mechanizmie mowy w obu naszych przypadkach śmiało można położyć na karb ośrodka B r o c'a, nie wymagając zajęcia „quadrilatére lenticulaire“ M a r i e'go, gdyż niema dotychczas w piśmiennictwie ani jednego sekcyjnego przypadku afazji ruchowej, w którym stwierdzonoby zmiany wyłącznie w jądrze soczewicowatem. Sądzimy też, że przypadki nasze wymownie przemawiają za utrzymaniem klasycznej nauki dualistycznej w afazji ruchowej naskutek ognisk w zakręcie Broc'a lub prowadzących do niego dro-

gach i afazji czuciowej—wskutek ognisk w obrębie Wernicke'go wbrew nowszym twierdzeniom Marie'go, gdyż przytaczane w monografji ucznia i wyznawcy Marie'go—Moutier'a przypadki zupełnego zniszczenia zakrętu Broca bez afazji ruchowej za życia dowodzą niedokładnego lub spóźnionego badania klinicznego albo ambidekstrji, zaś przypadki braku zajęcia zakrętu Broca w stwierdzonej za życia afazji ruchowej oparte są, jak tego dowiodła Dejerine—Klumpke, na niedostatecznem badaniu na serjach cięć odpowiedniego materjału mózgowego (zajęcie włókien rzutowych).

(Streścił mówca).

W dyskusji Kopczyński St. zaznacza, że 1) dla rozstrzygania sporu, toczącego się dziś w piśmiennictwie, zwłaszcza francuskiem, co do umiejscowienia ośrodków mowy posiadają znaczenie jedynie przypadki badane sekcyjnie, 2) niemota słuchowa nie zawsze kojarzy się aleksją, czego dowodzi również przypadek Kopczyńskiego, przedstawiony na posiedzeniu i badany następnie po śmierci, 3) że osoby, dotknięte niemotą, często braków inteligencji nie wykazują i pod względem sądowo-psychjatrycznym powinny być uważane za jednostki poczytalne.

Łapiński stwierdza u przedstawionych chorych osłabienie władz umysłowych, odwracalność uwagi, stan podniecenia i nie uważa ich za psychicznie normalnych.

Higier podkreśla różnice, zachodzące w afazji i aleksji w zrozumieniu lub wymawianiu litery, sylaby, wyrazu i zdania. Zaburzenia w pojmowaniu u afatyka mogą dotyczyć: dzwięku wyrazu, treści wyrazu i treści zdania. Mowa wewnętrzna i czytanie wewnętrzne (lecture mentale) zachowują się czasem bardzo ciekawie w afazji u ruchowców, gdyż mięśnie wargowe, fonacyjne, artykulacyjne i oddechowe zostają nieraz widocznie pobudzane, jak to miało miejsce w niemocie ruchowej u pacjentki Higiera, dotkniętej przewlekłą rozedmą płuc i nieżytem krtani: przy każdej wysiłkowej próbie mówienia lub czytania stale występował kaszel z krztuszeniem się.

Flatau przeczy istnieniu zaburzeń w dziedzinie umysłowej u przedstawionych chorych, podnosi istnienie u dotkniętych afazją pewnego niepokoju, chęci poprawiania się w mowie, zwłaszcza kiedy istnieje parafazja, skąd t. zw. logorrhea; również nie zdradzają przedstawieni chorzy braku pamięci w tym sensie, jak to bywa u osób, dotkniętych otępieniem, słowem chorzy ci, i podobni do nich, powinni być uważani pod względem lekarskim za poczytalnych.

Wizel również przeciwny jest twierdzeniu Łapińskiego.

Sterling odpowiada Kopczyńskiemu, iż sam zwracał uwagę na niezwykłość zniesienia możności czytania wewnętrznego w przedstawianych przypadkach, które jest do pewnego stopnia negatywem klinicznym tych przypadków afazji zmysłowej, gdzie zdolność czytania tego była zachowana. I w jednym i w drugim przypadku objawy te dadzą się objaśnić tylko na tle wybitnej przewagi pewnego określonego psychologicznego typu wyobrażeniowego.

W odpowiedzi Higierowi zaznacza, iż, przedstawiając chorego—

podczas próby czytania po cichu—podkreślał jego normalne ruchy wargami, które dowodzą, że jest on typem ruchowca.

Nie zgadza się z Łapińskim, jakoby w przypadkach przedstawionych istniały jakiekolwiek zaburzenia psychiczne. Oba przypadki były badane niezmiernie szczegółowo rozmaitemi metodami współczesnemi pod względem psychjatrycznym—i wynik badania był zupełnie ujemny. Fakt ten, że chory w przypadku drugim nie pamięta okoliczności zewnętrznych, w jakich wystąpiło jego porażenie kończyny górnej, daje się bardzo łatwo objaśnić tem, że porażenie wystąpiło podczas snu. O podnieceniu manjakalnem w przypadku pierwszym nie może być nawet mowy.

Kopczyński St. przedstawił preparat mózgu, pochodzący z przypadku aleksji.

Chory lat 52, leśnik, prowadzący rachunkowość leśną, kawaler, w Styczniu r. 1909 nagle, siedząc przy stole, dostał zawrotu głowy, zaniemówił, nie upadł. Kiedy po pewnym czasie przyszedł do siebie, otoczenie zauważyło, że źle mówi, niezręcznie włada ręką, do pracy swej nie jest zdolny. Chory pił i palił umiarkowanie, przymiotu nie przechodził.

Badanie przedmiotowe, dokonane w 6 miesięcy po napadzie, wykazało co następuje. Tętno 64, nieco twarde. Stan bezgorączkowy. Lekki przerost lewej komory serca. W moczu 1‰ białka. Chory chodzi swobodnie. Czaszka przy opukiwaniu niebolesna. Siła ruchowa w prawej kiści zlekka osłabiona, zresztą zaburzeń nie przedstawia. Odruchy ścięgnowe po stronie prawej nieco żywsze, niż po lewej, skórne nieco słabsze. Objaw Babińskiego na prawej stronie niewyraźny. Wszystkie rodzaje czucia (dotyk, ból, ciepło i zimno) po stronie prawej nieco osłabione. Zmysł stereognostyczny w prawej kiści wyraźnie upośledzony. Hemianopsja obustronna, prawostronna, jednoimienna. Chory wykazuje następujące zaburzenia mowy. Dowolnie mówi płynnie, dość dobrze, zrzadka parafatycznie, to jest wstawia niewłaściwe wyrazy lub sylaby. Powtarza nawet złożone wyrazy naogół dobrze. Rozumienie wyrazów nieco upośledzone: chory np. nie wykonywa bardziej złożonych zleceń, prostsze rozumie i wykonywa poprawnie. Pisanie dowolne wyraźnie upośledzone. Chory np. podpisuje się, lecz opuszcza lub przestawia litery, żadnych zdań większych nie pisze. Pod dyktando pisze bardzo źle: przekręca wyrazy. Kopjuje dość dobrze, przyczem druk jako pismo. Cyfry rozpoznaje prawidłowo, również obrazki, rysunki.

Największe zaburzenia chory wykazuje w umiejętności czytania. Jeszcze z biedą rozpoznaje litery, jednak złożyć nawet prostych wyrazów nie jest w stanie. O czytaniu płynnem mowy nawet niema. Niekiedy skoro kilkakrotnie odsylabizuje z trudnością jakiś prosty wyraz i kilkakrotnie go wymówi, wtedy jest w stanie go zrozumieć. Bez wymawiania litery są dla niego hieroglifami (alexia verbalis).

Pozatem chory rozpoznaje dobrze przedmioty, orjentuje się co do wykonywania czynności nawet złożonych (brak agnozji i apraksji), wogóle braków inteligencji nie wykazuje. Podczas 3 miesięcznej obserwacji zaszły zmiany następujące: zaburzenia ruchu i czucia w prawej ręce, hemianopsja, niemota słuchowa—znikły niemal zupełnie, chory dowolnie coraz lepiej mó-

wił bez przestawiania sylab, coraz lepiej rozumiał nawet złożone zdania, począł pisać dowolnie bez błędów, z trudem zaczął pisać pod dyktando, powtarzając głośno dyktowane wyrazy dla ułatwienia sobie pisania; jako najstalszy i najsilniejszy objaw pozostał brak zdolności czytania. Chory na kilka tygodni przed śmiercią zaczął doznawać objawów zapaści, na tle przypuszczalnego stwardnienia tętnic wieńcowych serca. Podczas jednej z takich zapaści chory zmarł. Na sekcję poszedł z rozpoznaniem rozmiękczenia lewego zakrętu kątowego. Sekcja w zupełności rozpoznanie to potwierdziła. Na granicy pomiędzy płatem ciemieniowym a potylicowym w zrazie, okalającym tylny górny brzeg szczeliny skroniowej górnej, a więc w okolicy t. zw. zakrętu kątowego—widać wklęśnięcie istoty mózgu, na przestrzeni wielkości jaja kurzego, opony w tem miejscu są mocno pomarszczone, wciągnięte, cała ta okolica ma wygląd żółtawo-szarawy. Przecięć poprzecznych zaniechano, gdyż mózg będzie następnie badany mikroskopowo.

Mówca podnosi rzadkość przypadku odosobnionej, aleksji, ścisłość rozpoznania i umiejscowienia. Zniknięcie hemianopsji tłumaczy tem, że szlak wzrokowy, leżący głębiej i bardziej ku wewnątrz, cierpiał tu tylko wtórnie, gdy pasemko podłużne dolne, leżące bardziej ku zewnątrz, a łączące płat potylicowy i zakręt kątowy z płatem skroniowym, t. j. z ośrodkami mowy i stanowiący, jak przypuszczają, podkład anatomiczny dla prawidłowej czynności czytania, ucierpiało tu najbardziej. Przypadki sekcyjne izolowanej aleksji należą do wielkich rzadkości.

(Spraw. własne).

Sekretarz St. Kopczyński.

Z TOWARZ. LEKARSKICH NIEMIECKICH.

Reich przedstawił w Berl. Tow. psychjatr.-neurol. mózg 52-letniej kobiety gruźliczej, u której w ostatnich dniach życia wystąpiły przy zachowanej przytomności napady padaczki Jacksonowskiej. Drgawki umiejscawiały się głównie w mięśniach zewnętrznych lewej połowy krtani, rzadziej w mięśniach języka, szyi (wraz z podskórnym) tejże strony. Notowano wyraźną bolesność opukową okolicy prawej skroni, 7 ctm. nad wejściem do zewnętrznego przewodu słuchowego, w miejscu, odpowiadającem nakrywce mózgowej (operculum). Przy oględzinach pośmiertnych znalazł się bąblowiec, uciskający okolicę prawej nakrywki mózgowej, prawego zrazu skroniowego i częściowo wysepkę Reila. Jak wiadomo, Ferrier na zasadzie doświadczeń na psach umiejscawia ośrodek krtani w dolnej części zakrętu ośrodkowego, Munk w zrazie czołowym. Krause, wycinając u psów zakręt przedkrzyżowy (gyrus praecruciatus), wywoływał porażenie krtani oraz zwyrodnienie wtórne torów, prowadzących do rdzenia przedłużonego. Grünbaum i Sherrington rozróżniają u małpy w dolnej części przedniego zrazu środkowego oddzielne ośrodki dla zwieraczy i rozwieraczy krtani. I autor skłonny jest na zasadzie swojego przypadku umiejscawiać ośrodek krtaniowy w tejże okolicy, zwłaszcza w bliskości nakrywki.

Oppenheim w Berl. Tow. Neur.-psychjatr. omawiał bliżej sprawę nowotworów mostowo-móżdżkowych, przedstawiając mózg zmarłego po operacji 46-letniego mężczyzny. W przypadku tym wynik dodatni próby Wassermana i znakomity rezultat leczenia swoistego kazały przypuszczać guz syfilityczny, znalazł się natomiast zwykły włókniak n. słuchowego. Objawy uciskowe były tego rodzaju, że nowotwór przyparł przeciwległą połowę opuszki do kości, wywołując upośledzenie piramidy i czepka przeciwnej strony t. j. niedowład i zniesienie czucia skrzyżowane. W innych przypadkach autora występowały jedynie przy bocznem leżeniu brak odruchu rogówkowego (guz n. słuchowego) oraz drżenie gałek ocznych i porażenie mięśni oka (guz robaka móżdżku).

Halbey na posiedzeniu Tow. neurol.-psychjatr. w Szczecinie przedstawiał liczne tablice, krzywe i djagramy, z których wynika, że wybitny wpływ na częstość napadów drgawkowych w padaczce wywierają zmiany meteorologiczne, zwłaszcza nagły spadek ciśnienia atmosferycznego.

Systematyczne spostrzeżenia dokonane zostały w ciągu roku na dotkniętych padaczką z zakładu w Ueckerman.

Liepmann w Berlińsk. Tow. Neurol.-psychj. przedstawił mózg chorego, dotkniętego od szeregu lat prawostronnym bezwładem, mimowolnym płaczem oraz dyspraksją lewą, dowolną i naśladowczą. Przy dobrze zachowanem rozumieniu mowy towarzyszyła zaburzeniom ruchowym zupełna niemota ruchowa z agrafią. Sekcja wykazała zajęcie części nakrywkowej 3-go zakrętu czołowego, części trójkątnej a zwłaszcza wyspy Reila. Zniszczenie zrazu czołowego przy nieznacznem uszkodzeniu jąder podkorowych przemawia na korzyść teorji afazji Broca.

Rothmann przedstawił w Berl. Tow. neur.-psychj. małpy, na których wykonywał w labolatorjum fizjologicznem prof. Ziehena w Charité doświadczenia, mające potwierdzić wyniki dawnych jego badań nad móżdżkiem u psów. Chodziło o to, aby stwierdzić nader ważne dawne wyniki u zwierząt, wyższe stanowisko w hierarchii zoologicznej zajmujących. I na małpach, stojących bliżej człowieka, okazało się, że zrazik móżdżku czworokątny stanowi ośrodek móżdżkowy dla górnej, a zrazik półksiężycowaty dla dolnej kończyny. Zniszczenie tych ośrodków wywołuje bezład z drżeniem odpowiednich kończyn bez porażeń i zmian czucia dotykowego, a natomiast z upośledzeniem czucia głębokiego. Objawy te warto sprawdzić w djagnostyce lokalizacyjnej chorób móżdżkowych u ludzi.

Ziehen, przedstawiając w Berl. Tow. psychjatrów chłopca 15 letniego, dotkniętego „moral insanity", omawiał bliżej ten dział socjologji patologicznej. W wywiadach znalazł się obok usposobienia dziedzicznego uraz głowy w dzieciństwie. Autor zwraca uwagę na tę postać młodzieńczą, w której pierwsze objawy występują dopiero po 10-m roku życia lub jeszcze później. Różnią się one od hebefrenji brakiem zaburzeń we wnioskowaniu i otępieniem w dziedzinie uczuciowej. Uraz głowy odgrywa też ważną rolę. W odpowiedniem otoczeniu dzieci takie wychodzą czasem na ludzi normalnych.

Forster w Berl. Tow. psychjatrów pokazuje 2 chorych z mową natrętną. Pierwszy, z ojca pijaka zrodzony, od lat wielu cierpi na stany lęku i wyobrażenia prześladowcze, które po silnych wzruszeniach potęgują się okresowo. Druga chora jest hipochondryczką, mającą obok mowy mimowolnej napady strachu. U pierwszego często bywa czkawka, u drugiej kurcz pisarski. Tików nie wykazuje żaden. Pierwszy wyrzuca od czasu do czasu po czkawce i z pewnym uczuciem lęku

i przygnębienia wyrazy „drogi“ i „księża“, druga z temże uczuciem zmuszona jest ciągle myśleć o najnieprzyzwoitszych wyrazach, a czasem posługiwać się nimi w mowie potocznej, mając wprawdzie skromny nader repertuar, składający się z 5—10 dobranych wyrazów.

Kotrinski w Berl. Tow. psychjatrów przedstawia 29-letnią, dziedzicznie obciążoną dziewczynę, która już dawniej miała pewne objawy psychiczne, w dzieciństwie drgawki, a w 17 roku życia wymioty nerwowe. Od roku zmieniła się nagle, wmawiając sobie, że ma 14-ty rok, bawiąc się chętnie dziecinnie lalkami i czytając bajki i powiastki dla dzieci. Brak piętn histerycznych. Nie okłamuje, nie przesadza, nie jest kapryśna, nie jest zmienna w usposobieniu. Wzruszeń i przejść moralnych było kilka w ostatnich latach. Zaburzeń umysłowych w klinice nie stwierdzono. Pobudzenie i podniecenie następuje jedynie, gdy się ją zmusza do pracy cięższej poważniejszej lub gdy się wyraża powątpiewanie co do jej wieku. K. rozpoznaje histeryczny infantylizm wrzekomy.

Marburg, przedstawiając 2 chorych z nowotworem mostowo-móżdżkowym w Wiedeńsk. Tow. neurol.-psychjatr., omawia bliżej rozpoznanie i wskazanie do operacji. Charakterystyczna jest niewspółmierność między bólem głowy a wymiotami. Nerwy X, XI i XII rzadko cierpią. Wewnątrzmózgowe guzy różnią się od omawianych brakiem wczesnej tarczy zastoinowej i odruchów brzusznych. Głuchota przemawia za zajęciem n. ślimaka, drżenie gałek ocznych, zawroty, zataczanie się i brak reakcji ciepłotnej błędnika za zajęciem n. przedsionka. Objawy móżdżkowe znajdują się w górnej kończynie po stronie dotkniętej. Odczyn Wassermanna nie jest pewny w tych wypadkach. W razie zajęcia n. błędnego i znacznego osłabienia siły widzenia nie należy namawiać do operacji.

R. Müller w Monachijskiem Tow. lek. demonstrował na mikrofotogramach udział układu współczulnego w unerwieniu głowy. Budowa dendrytów, specjalną metodą barwionych, jest nader charakterystyczna i dla każdego ze zwojów czaszkowych swoista (Ganglion sphenopalatinum, ciliare, oticum, submaxillare). Związek ich z nerwami czaszkowymi jest nader złożony. Nie ulega również wątpliwości wpływ psychiki na czynność układu współczulnego, zwłaszcza jego włókien wydzielniczych, naczynio i włoso-ruchowych.

Markus omawiał temat powstania układu współczulnego z anatomicznego punktu widzenia w Monachijskiem

Tow. morfologiczno-fizjologicznem. Pochodzenie swe zawdzięczają włókna sympatyczne nie zwojom rdzeniowym ani też połączeniu przedniego i tylnego korzenia, jak to powszechnie przypuszczają. Najwyżej leżące nn. rdzeniowe, nie posiadające korzeni tylnych, posiadają też zwoje współczulne, pochodzące jedynie z korzenia ruchowego przedniego. N. współczulny jest przeto z pochodzenia swego raczej nerwem ruchowym, niż czuciowym. Im więcej wznosimy się w hierarchji zwierząt, tem silniej rozwinięty jest układ n. współczulnego kosztem n. błędnego.

L. Jacobsohn przedstawił w Berl. Tow. lekarskiem 46-letnią chorą na wiąd z napadami żołądkowymi; od czasu do czasu dostaje ona napadu omdlewania z zupełną utratą przytomności, połączonego z sinicą i następczemi drgawkami, po których wraca stan zupełnie normalny. Zdaniem autora, Pal pierwszy opisał te napady w wiądzie rdzenia. (Napady te oddawna znane były Charcot'owi, według którego zaczynają się od łechtania w krtani i następczego kurczu zwieraczy krtani, a kończą się utratą przytomności: ictus s. crise laryngée. Przyp. sprawozdawcy).

Plate na posiedzeniu Tow. Lek. w Hamburgu przedstawił przypadek zapalenia zniekształcającego stawów kręgowych (spondylitis deformans Bechterewa). U 25 letniego mężczyzny po ciężkim urazie rozwinęły się uporczywe bóle kręgosłupa, wzmagające się zwłaszcza podczas chodzenia, siedzenia i obciążenia. Radiograficznie przekonano się o zapaleniu zniekształcającem w obrębie stawów międzykręgowych. W następstwie leczenia systematycznego bóle zupełnie ustały i powróciły ruchy i podatność w kręgosłupie. Leczenie polegało na zastosowaniu gorsetu ortopedycznego i ciepła miejscowego w postaci lampek żarowych i rozpylania na okolicę kręgosłupa nasion rzepaku lub maku za pomocą przyrządu, zbudowanego w tym celu przez autora.

H. Higier.

W SPRAWIE PRACOWNI PSYCHOLOGICZNEJ W WARSZAWIE.

Odbyty w Październiku ubiegłego roku pierwszy Zjazd polskich neurologów, psychjatrów i psychologów wytknął jako pierwszą potrzebę naszego ruchu naukowego w chwili obecnej sprawę utworzenia w Warszawie pracowni psychologicznej. Komitet organizacyjny, któremu Zjazd polecił wykonanie powziętej w tej mierze uchwały, zwrócił się do trzech Towarzystw: Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Towarzystwa badań nad dziećmi i Sekcji neurologiczno-psychjatrycznej przy Warszawskiem Towarzystwie Lekarskiem o delegowanie po trzech ze swych członków dla utworzenia specjalnej komisji, która zajęłaby się wcieleniem w życie uchwały Zjazdu.

Wybrana komisja w składzie PP.: Karpińskiej, Segała i Weryhy z ramienia Tow. Psych., Rzętkowskiej, Sterlinga i Szycówny z Tow. bad. nad dziećmi, Flataua, Męczkowskiego i Radziwiłłowicza od Sekcji Neurolog.—opracowała projekt organizacji pracowni, określiła jej kosztorys i budżet i zakrzątnęła się około zbierania potrzebnych na ten cel funduszów.

Pierwszą ofiarę w ilości 300 rb. złożył Zjazd z przewyżki przychodu nad wydatkami, następnie jeden z uczestników Zjazdu p. Wiktor Skibniewski, obywatel z Podola, zgłosił swą gotowość wnoszenia w ciągu trzech lat sumy 1000 rb. rocznie na potrzeby pracowni. Dr. Edward Zieliński ofiarował na ten cel 100 rb., Tow. badań nad dziećmi złożyło 50 rb., jako dochód z odczytu. Panna Józefa Tuhanowska obywatelka z Litwy zgłosiła gotowość ofiarowania 10000 rb. na rzecz pracowni.

Poprzednie dary były bezwarunkowe, dar P. Tuhanowskiej przewidywał szereg następujących warunków do przyjęcia.

Pracownia jest własnością Polskiego Towarzystwa Psychologicznego i korzysta z jego ustawy jako osoby prawnej. Gdyby dla jakichkolwiek względów Towarzystwo to istnieć przestało, pracownia przechodzi na własność Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Zarząd pracowni składa się z 6 osób — trzech imiennych, mianowicie każdorazowych przewodniczących Towarzystw: psychologicznego, badań nad dziećmi, sekcji neurologicznej, ewentualnie Towarzystwa Neurologiczno-Psychjatrycznego, gdyby takie miało powstać z obecnie istniejącej sekcji i—trzech członków stałych: D-ra Massoniusa, D-ra Radziwiłłowicza i D-ra Zielińskiego; w razie ustąpienia którego z nich, pozostali przez kooptację wybierają jego następcę.

Przewodniczy w Zarządzie każdorazowy prezes Towarzystwa Psychologicznego.

Zarząd czuwa nad naukowym charakterem pracowni, mianuje kierownika i pracowników płatnych, zarządza funduszami

pracowni, składa coroczne sprawozdanie z działalności pracowni Zarządowi Tow. Psych. i za jego pośrednictwem podaje je do wiadomości ogólnej.

Komisja rewizyjna Tow. Psych. jest jednocześnie komisją rewizyjną pracowni. Komisja organizacyjna postanowiła zapis P. Tuhanowskiej przyjąć i przedstawić decyzję swoją do zatwierdzenia zebrań ogólnych Towarzystw, wskazanych w zapisie. Towarzystwa te na posiedzeniach, odbytych w ciągu miesiąca Maja, powzięły uchwały zgodne z postanowieniem komisji. W ten sposób przyszła pracownia psychologiczna posiada obecnie fundusz, wystarczający na jej założenie i prowadzenie w przeciągu jakich lat trzech. Wobec tego komisja organizacyjna uznała zadanie swe za spełnione i przekazała dalszą pieczę nad losami pracowni Zarządowi w myśl zapisu P. Tuhanowskiej, przyjętego i zatwierdzonego przez zainteresowane Towarzystwa. Oczywiście zebrany dotychczas fundusz pozwala utworzyć pracownię i zapewnia jej pierwsze początki, ale nie zapewnia jej dalszego bytu. Wobec tego komisja organizacyjna powzięła projekt, którego wykonanie przekazała Zarządowi, zwrócenia się do szerszego ogółu o poparcie w celu dalszego utrzymania pracowni drogą zobowiązania się do wnoszenia chociażby niewielkich, rocznych składek na rzecz pracowni.

Od poparcia zatem szerszego zależy przyszłość instytucji, tak ważnej w naszem życiu naukowem, a której początki, dzięki hojnym ofiarom dotychczasowym, zapowiadają się tak pięknie. Ofiary i zobowiazania skierowywać należy pod adresem Polskiego Towarzystwa Psychologicznego Smolna 15 z nagłówkiem „Pracownia Psychologiczna".

W chwili, kiedy druk pierwszego zeszytu „Neurologji Polskiej" został już ukończony, opuściła prasę praca D-ra med. L. Bregmana p. t. Dyagnostyka chorób nerwowych — podręcznik dla lekarzy i studentów (str. 475 z 143 rysunkami i 2-ma tablicami). W przedmowie do dzieła autor pisze, iż „postawił sobie za zadanie przedstawić w sposób możliwie treściwy, ale bez uszczerbku dla dokładności i jasności wykładu, najważniejsze dane kliniczne, niezbędne przy badaniu i rozpoznawaniu chorób nerwowych".

Witając z uznaniem zjawienie się pierwszego w języku polskim dzieła tego rodzaju, opartego na spostrzeżeniach i doświadczeniu własnem autora, zaznaczamy, iż szczegółową ocenę książki podamy w następnym zeszycie pisma.

TREŚĆ ZESZYTU I TOMU I.

Streszczenia.

NEUROLOGJA.

i Flottes. Zespół objawów Landry'ego w postaci ostrego zapalenia opon rdzenia u dotkniętego zimnicą i zatruciem ołowiem str. 51.

CIERPIENIA MÓZGU. Guillain i Laroche. Astereognozja kurczowa młodzieńcza str. 48. Long. O często spostrzeganym braku przykurczeń stałych w porażeniu połowiczem dziecięcem str. 48. Roux. Porażenie połowicze oczne obustronne ze zniesieniem ruchów dowolnych i zachowaniem ruchów odruchowo-zmysłowych str. 48. Noica i Dumitrescu. O zwiotczeniu mięśni w porażeniu połowiczem organicznem str. 48. Froment i Mazel. Afazja ruchowa; objaw Lichtheim'a i Dejerine'a jednocześnie z paragrafją; brak widocznych zaburzeń inteligencji str. 49. Long. Dwa spostrzeżenia anatomo-kliniczne zespołu wzgórkowego str. 49. Ricàldoni. Porażenie skojarzone obustronne VI i VII nerwów czaszkowych o rozwoju powolnym str. 50. Bouchand. Przypadek dyzartrji ze ślepotą wyrazową, hemianopsją, agrafją, afazją, napadami płaczu i śmiechu kurczowego. Rozmiękczenie mózgu str. 51. Lhermitte i Schaeffer. Przejawy rozmiękczenia mózgowego bezgnilnego, rozróżnienie tych zmian od zapalenia mózgu powikłanego rozmiękczeniem str. 52. Lafforgue. Dwa przypadki zespołu móżdżkowego wskutek wzmożonego ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego str. 55. Camp. Typ zaburzeń czuciowych w porażeniach mózgowych str. 56. Barrett. Przypadek czystej duchowej głuchoty z badaniem drobnowidzowem str. 58. Mercier. Przedstawienie kilku przypadków chorób mózgu str. 62. Stein. O pewnym objawie przemijającym w porażeniach połowiczych wieku dziecięcego str. 67.

NOWOTWORY MOZGU. Zenner. Dwa przypadki nowotworu mostu, str. 57. Taylor. Torbiel okostny jako niezwykły wynik wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego, str. 58. Harvey Cusching. O chirurgicznem leczeniu guzów mózgu na podstawie nowych spostrzeżeń, str. 59. Herringham i Hinds Howell. Przypadek nowotworu z połowiczem rozszczepieniem czucia, str. 60. Bramwell. Przypadek nowotworu wewnątrzczaszkowego ze zmianami w polu widzenia, str. 63.

CIERPIENIA RDZENIA. Odery Symes. Przypadek ostrego zapalenia rogów przednich rdzenia, zakończony śmiercią, str. 62. Job i Froment. Badania nad ostrem zapaleniem rogów przednich rdzenia, str. 54. Müller. O porażeniach poprzecznych, powodowanych przez tętniaki aorty, str. 66. Szczerbak. W sprawie etjologji stwardnienia bocznego z zanikiem mięśni, str. 78. Dufour i Cottenot. O związku nieustannych wymiotów w ciąży ze zmianami w układzie nerwowym, str. 49. Rowley Moody. Choroba Friedreich'a, str. 60. Astwocaturoff. O wiądzie wrzekomym glejakowym i o zmianach naczyniowych w syringomyelji, str. 79.

CIERPIENIA NERWÓW. Bernhardt. Przypadek porażenia n. pośrodkowego jako późne następstwo uszkodzenia stawu łokciowego, str. 66. Boveri. O zapaleniu nerwów przerostowem rodzinnem, str. 52. Nikitin. Przypadek zaniku w obrębie rozgałęzień I-ej gałązki n. trójdzielnego, str. 80.

HISTERJA. PADACZKA. Knap. Odruchy w histerji, str. 57. Kölpin. Niezwykłe zaburzenia oczne w przypadku histerji ze stanami letargicznymi, str. 67. Ulrich. O stosowaniu soli kuchennej w leczeniu padaczki, str. 64. Steiner. Padaczka i glejak, str. 73. Halbey. O wpływie zjawisk meteorologicznych na dotkniętych padaczką, str. 78.

PSYCHJATRJA.

Neurologie Polonaise

JOURNAL DE NEUROLOGIE, PSYCHATRIE, PSYCHOLOGIE EXPERIMENTALE.

Paraissant 6 fois par an sous la rédaction du Dr. L. Dydyński.
Rédaction et Administration du journal: Varsovie, 28 Novoviejska.

Sommaire du Nr. 1 du Vol. I.

TRAVAUX ORIGINAUX.

ANALYSES.